



---

# "Sundhed kommer først": Nytilkomne flygtninges opfattelse af fysisk aktivitet og sundhed Projekt SUNDSAM

---

## Et kortlæggende studie i Silkeborg Kommune

Faglig rapport fra Institut for Folkesundhed

2020

Knud Ryom, Postdoc, Aarhus Universitet

Camilla Bakkær Simonsen, Videnskabelig assistent, Aarhus Universitet

Stefan Runge Rau, Videnskabelig assistent, Aarhus Universitet

Helle Terkildsen Maindal, Professor, Aarhus Universitet

Sine Agergaard, Professor MSO, Aalborg Universitet

Faglig rapport fra Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

2020

## Data

Titel	"Sundhed kommer først": Nytilkomne flygtninges opfattelse af fysisk aktivitet og sundhed Projekt SUNDSAM
Undertitel	Et kortlæggende studie i Silkeborg Kommune
Forfatter(e)	Knud Ryom, Camilla Bakkær Simonsen, Stefan Runge Rau, Helle Terkildsen Maindal & Sine Agergaard
Afdeling	Institut for Folkesundhed
Udgiver	Aarhus Universitet
URL	<a href="http://ph.au.dk">http://ph.au.dk</a>
Udgivelsesår	Marts 2020
Redaktion afsluttet	Marts 2020
Faglig kommentering	Forskningsenhed for sundhedsfremme og befolkningssundhed., Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Finansiel støtte	Folkesundhed i Midten, Region Midtjylland
Bedes citeret	Ryom et al., 2020
Emneord	Flygtninge, Fysisk aktivitet, Sundhed og Sundhedsfremme

# Indhold

<b>Forord.....</b>	<b>6</b>
<b>Deklaration .....</b>	<b>7</b>
<b>Sammenfatning .....</b>	<b>8</b>
<b>1.0 Indledning .....</b>	<b>11</b>
1.1/ Baggrund og Formål .....	11
1.2/ Projekt SUNDSAM.....	12
1.3/ Projektorganisering.....	13
1.4/ Definitioner.....	14
<b>Del 1: Kortlægning af nytillkomnes oplevelser, behov og interesser for sundhed og fysisk aktivitet i Silkeborg Kommune.....</b>	<b>15</b>
<b>2.0 Metode og datagrundlag .....</b>	<b>16</b>
2.1/ Design .....	16
2.2/ Spørgeskema .....	17
2.3/ Interviews.....	18
2.4/ Fokusgrupper.....	18
2.5/ Brugen af tolk .....	19
2.6/ Databehandling og analyse.....	19
2.6.1/ Spørgeskemaer - analyse.....	19
2.6.2/ Interviews .....	20
2.7/ Etik og kvalitetskriterier .....	20
<b>3.0 Deltagere og setting.....</b>	<b>22</b>
3.1/ Beskrivelse af deltagerne .....	22
3.2/ Beskrivelse af setting .....	22
<b>4.0 Del 1: Resultater.....</b>	<b>23</b>
4.1/ Spørgeskemaundersøgelsen .....	24
4.1.1/ Baggrundsinformation .....	24
4.1.2/ Idrætsdeltagelse .....	24
4.1.3/ Viden om fysisk aktivitet og sundhed .....	27
4.1.4/ Fysisk sundhed .....	29
4.1.5/ Psykisk sundhed .....	30
4.2/ Sammenfatning.....	33
4.3/ Interviewundersøgelsen .....	34
4.3.1/ Nytillkomne mænd .....	34
4.3.2/ Nytillkomne kvinder .....	35
4.4/ Sammenfatning.....	39
<b>Del 2: Sundhedsscoaching.....</b>	<b>41</b>
4.5/ Formål .....	41
4.6/ Forløbets struktur (samlet plan og overblik) .....	42
4.7/ Primær coaching teknik .....	43

4.8/ Selve forløbet .....	44
4.9/ Deltagere .....	45
4.10/ Coaches .....	45
4.11/ Deltagernes oplevelser med coachingforløbet.....	46
4.12/ Coaching giver også en mulighed for at lære at tale dansk igennem 'rigtige' samtaler. ....	46
4.13/ Selve oplevelsen med sundhedscoaching: .....	47
4.14/ Overvejelser omkring sundhedscoaching i den specifikke kontekst .....	48
4.15/ Sammenfatning.....	48
4.16/ Fremtidigt arbejde .....	48
<b>Praktiske implikationer.....</b>	<b>50</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>51</b>
<b>Bilag.....</b>	<b>54</b>

## Forord

Har du som kommunal medarbejder, leder eller praktiker (sundhedsprofessionel, idrætskonsulent, læge, sundhedsplejerske, sygeplejerske, fysioterapeut etc.) oplevet sundhedsudfordringer hos nytilkomne flygtninge og familiesammenførte? Oplever du i samtalen med nytilkomne, at I sidder med hvert jeres perspektiv? Oplever du måske i mødet, at I slet ikke forstår hinanden?

I årene 2018 og 2019 har Aarhus Universitet og Aalborg Universitet i samarbejde med Silkeborg Kommune undersøgt opfattelsen af sundhed og fysisk aktivitet hos nytilkomne flygtninge og familiesammenførte i Silkeborg. I dette projekt "Sunde sammen" (SUNDSAM) har forskere fra Aarhus Universitet og Aalborg Universitet indsamlet data og genereret viden omkring nytilkomne, der kan være relevant for dig i dit møde med netop denne målgruppe.

Formålet med denne rapport er at præsentere dig for projektets resultater. Rapporten er primært henvendt til kommunalt ansatte og ledere, som arbejder med nytilkomne flygtninge og familiesammenførte, men indeholder også væsentlige indsigter for andre praktikere (såsom ansatte og frivillige i boligforeninger og idrætsforeninger) og øvrige interessenter i det danske sundhedssystem.

Aarhus, marts 2020

---

## Deklaration

Projekt SUNDSAM blev udviklet i et samarbejde mellem Region Midtjylland, Silkeborg Kommune, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Samarbejdet var forankret i en styregruppe med deltagelse af repræsentanter fra kommune, universiteter, Region Midtjylland samt en repræsentant for de praktiserende læger i Silkeborg.

Silkeborg Kommune afholdt alle udgifter ved interviews af borgerne (tolkebistand).

Udarbejdelse af indeværende rapport er finansieret af Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, med støtte fra: 'Folkesundhed i Midten' v. Region Midtjylland.

### **Ansvarsområder:**

#### Aarhus Universitet, med reference til styregruppen:

Design af projekt, udarbejdelse af undersøgelse, indsamling af data, levering af resultater til Silkeborg Kommune og Region Midtjylland, dataanalyse og afrapportering.

#### Aalborg Universitet, med reference til styregruppen:

Indsamling af data og afrapportering.

#### Silkeborg Kommune, med reference til styregruppen:

Silkeborg Kommune har stillet lokaler og personale (sundhedskonsulent) til rådighed for projektet.

#### Region Midtjylland, med reference til styregruppen:

Region Midtjylland har stillet personale (seniorforsker) til rådighed for projektet.

Tak til Sprogcenter Midt i Silkeborg, for deres store opbakning og hjælp undervejs i processen. Tak til de specialestuderende Liva Lyngholm Mortensen, Anne Bønning Jakobsen, Nina Mikkelsen og de bachelorstuderende Cecilie Bach, Nina Sjørup Simonsen og Malene Lidegaard Madsen, for deres medvirken i indsamling af data. Sidst, men ikke mindst en stor tak til alle kursisterne på sprogcenteret.

## Sammenfatning

Formålet med projektet SUNDSAM var at indsamle viden om nytilkomne flygtninge og familiesammenførtes<sup>1</sup> forhold til sundhed og fysisk aktivitet (Del 1) samt at udvikle og implementere en indsats med sundhedscoaching i Silkeborg Kommune (Del 2). Gennem både spørgeskemaer, interviews og coaching-samtaler har projektet fokuseret på nytilkomnes erfaringer, behov og interesser i forhold til sundhed og fysisk aktivitet. Projektet har taget udgangspunkt i nytilkomnes perspektiver, da denne tilgang har vist sig at have stort potentiale for at skabe et vidensbaseret fundament for fremtidige sundheds- og fritidsindsatser. Sundhedscoachingforløbet er blevet afprøvet med en gruppe af fem kvindelige nytilkomne i Silkeborg Kommune, så erfaringerne herfra kan tjene som inspiration til fremtidige indsatser.

Det samlede projekt blev gennemført med 81 kursister på Sprogcenter Midt, særligt flygtninge og familiesammenførte fra Syrien og Eritrea, som er de to største grupper af nytilkomne i Silkeborg Kommune. Først blev der lavet en indledende spørgeskemaundersøgelse med både mandlige og kvindelige kursister på sprogcenteret ( $n=81$ ). Der blev herefter udført 11 interviews med Syriske og Eritreiske mænd, samt 13 interviews med Syriske og Eritreiske kvinder. Endvidere blev der lavet 3 fokusgruppeinterviews, med i alt 12 Syriske kvinder (4 pr. gruppe).

De centrale fund fra de to delprojekter er sammenfattet og præsenteres herunder:

### Del 1: Kortlægning af sundhedsopfattelser

#### *Kvantitativ spørgeskemaundersøgelse (mænd og kvinder)*

- a) Hovedparten af respondenterne tilkendegav at fysisk aktivitet er sjovt, og at de har lyst til at dyrke fysisk aktivitet. Flest tilkendegav præferencer for aktiviteter som fitness, løb og cykling (dvs. lære at cykle). I spørgeskemaundersøgelsen blandt sprogcenterets kursister blev manglende tid oplevet som den afgørende barriere for ikke at dyrke fysisk aktivitet, men også sprog og økonomi var væsentlige barrierer. Sammenfattende var der dog en stor interesse for fysisk aktivitet blandt målgruppen, som tyder på et for en større gruppe uforløst potentiale, da mange angav ikke at være aktive.
- b) I forhold til fysisk sundhed tilkendegav en stor andel af respondenterne, at de følte sig raske og vurderede, at deres helbred generelt er godt. Tæt på en fjerdedel af respondenterne vurderede dog deres helbred som dårligt. Sproglige udfordringer, kropslige smerter og mangel på passende tilbud med fysisk aktivitet, blev angivet som faktorer, der udfordrer respondenternes mulighed for at leve sundt. I forhold til respondenternes psykiske sundhed angav en stor andel, at de ofte føler sig ensomme, kede af det, og mangler lyst til at foretage sig noget som helst.

#### *Kvalitativ interviewundersøgelse (individuelt) - Mændene*

- a) For de interviewede mænd var fysisk aktivitet et middel til at opnå bedre sundhed (og dermed opkvalificere egne muligheder i samfundet). Det blev beskrevet som et 'forsvar' mod de krav, de oplevede i Danmark, såsom sikring af job, tryghed og familie. Dette er muligvis også en forklaring på, at de mandlige nytilkomne tillagde de fysiske og psykiske elementer i sundheden større betydning end de sociale dimensioner forbundet med udøvelsen af den fysiske aktivitet. Betydningen af fysisk aktivitet i forhold til at fremme social sundhed blev altså ikke tilskrevet værdi i sig selv. Dette fremstår som et vigtigt fund, da det kan have betydning for eventuel behov for og motivation til fysisk aktivitet.

---

<sup>1</sup> I resten af rapporten bruges også begrebet nytilkomne, for flygtninge og familiesammenførte der har opnået asyl og opholdstilladelse inden for de sidste 5 år.



- b) De mandlige nytilkomne oplever, at der er en anden måde at tale og tænke omkring sundhed i Danmark, sammenlignet med deres hjemland. I Danmark oplever de, at sundhed tillægges mere betydning end i hjemlandet bl.a. gennem sundhedsfremmende indsatser, de gerne vil være en del af, men ikke oplever at have ressourcerne til at indgå i. Derudover oplever de, at tilbud der fremmer deltagelse i fysisk aktivitet og dermed deres sundhed er svært at navigere imellem, og de føler et pres forbundet hermed.

*"Der er et lysår til forskel mellem den måde jeg tænker på, når jeg tænker på sundhed, og den måde I (danskere red.) tænker på. Fordi der hvor jeg kommer fra, så skal vi være kommet ud for ét eller andet, som ødelægger vores krop. Først dér reagerer vi på det. Det er sådan, vi tænker. Sådan som jeg kan ræsonnere mig frem til, er vi uden for det sundhedsfremme som I diskuterer. Men det er ikke, fordi jeg ikke vil lukkes ind i varmen, så jeg forsøger at tænke på Jeres måde for at beskytte mig fremover. Mand fra Eritrea.*

#### *Kvalitativ interviewundersøgelse (grupper og individuelt) - Kvinderne*

- a) Undersøgelsen viser bl.a. en variation mellem nytilkomne mænds og kvinders beskrivelser af og oplevelser med fysisk aktivitet og sundhed. Kvinderne oplever blandt andet flere barrierer end mændene ift. fysisk aktivitet. Barriererne kommer bl.a. til udtryk i nogle af kvindernes beskrivelser af, at de afholder sig fra fx at løbe i det offentlige rum, for at undgå negative reaktioner fra syriske mænd. Men også mangesidede krav i hjemmet, på sprogskole, praktik og evt. job, som vanskeliggør fysisk aktivitet og prioritering af egen sundhed. Især oplever kvinderne, hvad der kan forstås som et krydspres mellem samfundsmæssige forventninger om at de skal finde job og lære sprog m.v. og deres egne forventninger til dem selv og bekymringer på familien vegne. Kvinderne oplever dette pres som svært at leve op til og at de ikke har tilstrækkelige ressourcer til at leve sundt og være fysisk aktive, hvilket førte til en følelse af at skuffe sig selv og andre. På trods af udfordringerne fremhæver flere af kvinderne vigtigheden af sundhed og fysisk aktivitet.

*"Sundhed det er jo alt. Sundhed kommer først, før alt andet. Hvis du ikke har sundhed, hvis du ikke er sund og rask, så kan du ikke foretage dig noget. Det er sådan jeg ser det". Kvinde fra Syrien.*

*"Smerten gør, at man ikke har det godt psykisk, at man ikke kan være deltagende eller være glad. Så det fysiske er den vigtigste del for, at du kan komme videre og være med de andre". Kvinde fra Syrien.*

*"Jeg vil så gerne (være fysisk aktiv red.), men har aldrig undersøgt, om der er nogle løbeklubber eller sådan noget, for min mand siger: "vil du løbe eller lave fysisk aktivitet eller sport eller noget fitness foran mændene?"". Kvinde fra Syrien.*

- b) Kvindernes beskrivelser af fysisk aktivitet og sundhed har udgangspunkt i flere dimensioner end mændenes. Det gælder især, i det de fremhæver som den sociale betydning af fysisk aktivitet og sundhed. Betydningen af social trivsel der kan opnås i selve udfoldelsen af fysisk aktivitet vejede altså højere hos kvinderne end hos mændene.
- c) Flere af kvinderne berettede om positive oplevelser med det danske sundhedsvæsen. De gode oplevelser var i mange tilfælde knyttet til den behandling, de har modtaget af det sundsfaglige personale, som blev beskrevet som omsorgsfuldt og dygtigt. Nogle af kvinderne sammenlignede det danske sundhedspersonale med engle og beskrev dem som medmenneskelige. Denne form for pleje – der rækker ud over den fysiologiske og medicinske behandling – beskriver kvinderne, at de ikke kender til fra deres hjemlande. Kvinderne giver dog også udtryk for, at de har oplevet udfordringer i mødet med det danske sundhedsvæsen. Disse udfordringer er blandt andet knyttet til en følelse af usikkerhed (pga. et nyt og anderledes system) og sproglige udfordringer.

*"Jeg føler læge, sygeplejerske, de er lige som engle her i Danmark, at den måde, de behandler folk på [...] altså om det er læger, sygeplejerske, de er meget medmenneskelige. Når man er ked af det, så kommer de og trøster og sådan noget [...]." Kvinde fra Syrien.*

#### Del 2: Sundhedscoaching – Syriske kvinder

- a) Deltagernes oplevelser: Deltagerne oplevede det at blive introduceret til sundhedsfremme forståelsen i Danmark, gennem sundhedscoaching som værdifuldt. Samtidig tilkendegav deltagerne også, at det var rart at sundhedscoachingen udspillede sig i en gruppe, fordi det var en god måde at tale om sundhedsfremme på i et trygt miljø. Der var stor enighed blandt kvinderne om, at tilbuddet var relevant i relation til sprogskolen, da de dermed også fik øvet deres danskundskaber, så længe de kunne nå deres andre forpligtelser såsom forberedelse til sprogundervisning eller job/praktik og familie-forpligtelser. Deltagerne gav udtryk for, at det var givende at tale sammen med sundhedscoaches med dansk baggrund, og det var med til at øge forståelsen for hinandens forskelligheder.

*"Ja, det er godt at vi sidder sammen flere og taler om det, fordi vi tager ord fra hinanden og giver ord til hinanden" Kvinde fra Eritrea.*

*"Det er en anden kultur og spisning, sport, hvordan laver man for eksempel sport i Iran eller i Syrien eller her i Danmark. Her i Danmark er der mange mennesker der laver sport, som løb, i Syrien har vi ikke løb, kun i fitnesscenter." Kvinde fra Syrien.*

- b) Sundhedscoaches oplevelser: Coachene fremhævede, at det har været interessant at arbejde med gruppecoaching, og de har en klar fornemmelse af, at det giver mening for de deltagende. Sundhedscoaching som en del af sprogundervisning giver et samtaleforum og et rum, der centrerer sig om sundhed, men som samtidig har et sprogligt udbytte. Coachene har et indtryk af at sundhedscoachingen i højere grad har rykket ved deltageres mentale sundhed end deres fysiske sundhed.

*"Ja de ville gerne have noget dansk, og så ville de også gerne lære noget om danskerne og om vores kultur. Og der har vi jo også fra starten af, altså alle øvelserne har vi jo været med i også og fortalt om vores private drømme og udfordringer i forhold til sundhed, så vi har givet noget af os selv ind i, og det ville de også gerne have." Kvindelig Sundhedscoach.*

## 1.0 Indledning

### 1.1/ Baggrund og Formål

At skabe lighed i sundhed er udfordrende, ikke mindst i arbejdet med udsatte grupper. Nytilkomne flygtninge og familiesammenførte er en målgruppe, der langt oftest vil stå uden de samme forudsætninger for at varetage egen sundhed, som den øvrige, generelle befolkning. Borgere i denne målgruppe er oftere i risiko for social udsathed og sundhedsmæssig belastning (Sundhedsstyrelsen, 2011). Tidligere offentlige indsatser rettet mod målgruppen har ofte været udviklet gennem top-down processer uden brugerinvolvering (Agergaard, 2018), hvilket kan være forbundet med, hvad der kan opfattes som en klientgørelse af borgeren (Mik-Meyer, 2007). En kritik fremført mod denne tilgang er, at borgernes behov dermed ikke har været det primære fokus, men i stedet været rettet mod den ydelse, der skulle tilbydes (Gerritsen et al., 2004). Omdrejningspunktet for dette projekt, er at bidrage til at udvikle sundhedsløsninger, der modarbejder denne tendens. Projektet vil tage udgangspunkt i viden om nytilkomne flygtninge oplevelser, behov og interesser for sundhedsfremme og fysisk aktivitet, samt dernæst udvikle og afprøve en sundhedsscoachingindsats i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører. En indsats som ikke var fastlagt, men tog udgangspunkt i borgernes aktuelle situation. Sådanne bottom-up indsatser kan være udfordrende i kommunalt regi, da der blandt nogle grupper eksisterer en mistro til 'systemet' (Berliner, 2005). Omvendt kan et samarbejde mellem forskere, kommunalt ansatte, praktikere og borgere måske anviser nye veje og øge målgruppens involvering i sundhedsfremme.

Studier viser, at sundhedstilstanden hos nytilkomne flygtninge der har opnået asyl, generelt er dårligere end blandt den modtagende befolkning i vestlige samfund (Gerritsen et al. 2004, Eckstein 2011). Dette til trods for at flygtninges sundhedstilstand generelt ved ankomst til modtagerland, reelt er bedre end etniske minoritetsgrupper allerede bosat i modtagerlandet (Fennelly, 2007). Nytilkomne giver typisk udtryk for et dårligt selv vurderet helbred, set i forhold til majoritetsbefolkningen (Singhammer, 2008). Paradoksalt (på trods den relativt høje sundhedstilstand ved ankomst<sup>2</sup>) betyder det at nytilkomne ved eventuelt opnået asyl ofte starter tilværelsen i Danmark med en lav psykisk og fysisk sundhedstilstand, som kan forværre deres muligheder for at indgå i samfundet. Forskning og anbefalinger peger på, at et tidligt møde imellem tilbud i det omkringliggende samfund og nytilkomne flygtninge kan bidrage til integration og trivsel (Matschke & Sassenberg, 2007; Social- og Integrationsministeriet, 2013).

En tidlig indsats, der er målrettet sundhedsfremme og involvering i samfundet, kan muligvis også virke forebyggende imod livsstilssygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2011), livsstilssygdomme som statistisk set rammer denne målgruppe hårdere end majoritetsbefolkningen (Singhammer, 2008).

Sundhedsfaglige tilbud til nytilkomne centrerer i dag hovedsagligt omkring (frivillige) lægefaglige helbredsundersøgelser og krisepsykologiske tilbud for personer med posttraumatisk stress eller andre alvorlige psykiske lidelser. Sundhedsfremme med fokus på fysisk, psykisk og social trivsel er ikke på samme måde en systematisk del af integrationsprocessen for nytilkomne i dag. Der er behov for tiltag, der kan bidrage til, at nytilkomnes sundhedstilstand og muligheder for integration ikke forværres i perioden efter tildeling af opholdstilladelse.

---

<sup>2</sup> Hvilket i internationale studier beskrives som healthy migrant effect (Fennelly, 2007)

Ved tildeling af opholdstilladelse fordeles flygtninge i de danske kommuner efter et matematisk fordelingsystem ([Udlændingestyrelsen](#)). I praksis fordeles mange nytilkomne til mellemstore bysamfund (fx Silkeborg, Aalborg & Odense), da fordelingen tager højde for andelen af flygtninge og efterkommere i kommuner, hvorved store bysamfund (som København) modtager en relativ lavere andel (da andelen her er høj i forvejen) end kommuner som Silkeborg (hvor andelen er lav).

Inden for de seneste år har nytilkomne til Silkeborg Kommune primært været flygtninge af arabisk og kurdisk oprindelse fra Syrien (hovedsagligt muslimer) samt flygtninge fra Eritrea (hovedsagligt kristne). I dette projekt vil fokus være på nytilkomne voksne mænd og kvinder i Silkeborg Kommune (23-64 år). Ved ankomst til Silkeborg indgår de nytilkomne i en 3-årig integrationsperiode, hovedsagligt orienteret omkring indslusning på jobmarked og sprogundervisning, hvor de første tre uger indbefatter introduktion til arbejdsmarkedet, samfundsforhold, sundhedssystemet og medborgerskab i Danmark ([Silkeborg Kommune](#)). Ud over disse tre uger eksisterer der ikke en formaliseret indsats omkring sundhedsfremme, foruden sundhedstjek hos lægen.

#### Projektets formål er:

- *At skabe viden om nytilkomne flygtninge og familiesammenførtes forhold til sundhed og fysisk aktivitet med henblik på at skabe grundlag for udvikling af relevante sundhedsfremmeindsatser*

For at opfylde dette formål besvarer dette projekt to forskningsspørgsmål:

*Hvilke opfattelser af sundhed og fysisk aktivitet har nytilkomne flygtninge og familiesammenførte?*

*Hvilke forhold har betydning i udvikling af et sundhedscoaching-forløb med nytilkomne flygtninge og familiesammenførte i Silkeborg Kommune?*

### **1.2/ Projekt SUNDSAM**

Projekt SUNDSAM er et igangværende projekt, hvoraf resultaterne fra projektets to første dele foreligger og vil blive præsenteret i denne rapport. I de efterfølgende faser er formålet, i samarbejde med lokale foreninger, kommunale afdelinger og målgruppen, at udvikle flere forslag til indsatser der har fokus på sundhedsfremme blandt nytilkomne flygtninge (fysisk og mentalt), med henblik på at afprøve og implementere disse indsatser i den lokale kontekst.

Dermed er fokus for den efterfølgende del af projekt SUNDSAM at: 1) Udvikle og teste en model for samskabelse med fokus på udsatte grupper, såsom nytilkomne flygtninge og 2) Udvikle et sundhedsfremmende program/indsats i samspil med nytilkomne flygtninge i en mellemstor dansk kommune.

Et fundament for et sådan mål, er dog indsigt i målgruppens erfaringer, ønsker og behov. Denne viden søger denne rapport at bibringe.

Dernæst søges en sådan indsats i form af sundhedscoaching afprøvet. En indsats som udvikles i samarbejde mellem forskere, kommunalt ansatte, praktiserende læger, etniske minoritetsforeninger og lokalmiljøet.

### 1.3/ Projektorganisering

Projektet ledes af en styregruppe, med repræsentanter fra Aarhus Universitet, Silkeborg Kommune og Region Midtjylland. Styregruppen varetager projektets overordnede udvikling herunder at følge fremdriften og foretage eventuelle ændringer af projektet undervejs.

En arbejdsgruppen med repræsentanter fra Aarhus Universitet, Aalborg Universitet, Silkeborg Kommune og Region Midtjylland har haft ansvaret for gennemførelse af projektet herunder feltarbejdet (som blev benyttet til at få adgang til setting og målgruppe), spørgeskema, interviews, samt udvikling og monitorering af sundhedscoaching-forløbet. Arbejdsgruppen rapporterede løbende om udviklingen af projektet til styregruppen. Den daglige projektledelse blev varetaget af Knud Ryom (Postdoc, Aarhus Universitet) og sundhedskonsulent Pernille Remme Dalsgaard (daværende Silkeborg Kommune, nu Aarhus Kommune), med støtte fra arbejdsgruppen og i samråd med styregruppen.

#### Styregruppe:

Organisation	Deltagere
Aarhus Universitet	Professor Helle Terkildsen Maimdal & Professor Per Kallestrup
Aalborg Universitet	Professor MSO Sine Agergaard
Sundhed og Omsorg, Silkeborg Kommune	Daværende sundheds- og omsorgschef Inge Bank
Beskæftigelsesafdelingen, Silkeborg Kommune	Daværende beskæftigelseschef Jørgen Haunstrup
Region Midtjylland	Seniorforsker Stina Lou Fleron, DE-FACTUM

#### Arbejdsgruppe:

Organisation	Deltagere
Aarhus Universitet	Postdoc Knud Ryom (projektleder)
Sundhed og Omsorg, Silkeborg Kommune	Afdelingsleder Rikke Gjellerod
Beskæftigelsesafdelingen, Silkeborg Kommune	Centerchef Martin Husted
Praksislæge repræsentant i Silkeborg	Praktiserende læge Beth Lindebjerg
Helhedsplanen Silkeborg	Leder Mia Butler
Konsulent på projektet, Silkeborg Kommune	Daværende sundhedskonsulent Pernille Remme Dalsgaard
Kultur og Fritid, Silkeborg Kommune	Idrætskonsulent Anders Christian Larsen
Frivilligcenter, Silkeborg Kommune	Mirjam Sønderborg-Madsen, leder af Bydelsmødre

#### 1.4/ Definitioner

I dette afsnit defineres de centrale termonologier, der anvendes i rapporten. Hermed skabes der et fælles fundament for det grundlag, der danner rammen om ordenes betydning og anvendelse i rapporten.

##### *Nytilkomne flygtninge og familiesammenførte*

I denne rapport defineres nytilkomne flygtninge, som personer som er kommet til Danmark og har været her i under 5 år. Dermed er der tale om personer som er i gang med det som tidligere blev kaldt integrationsprogrammet, nu kaldet selvforsørgelses- og hjemrejseprogrammet for alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge ([Udlændinge- og Integrationsministeriet](#)). Familiesammenførte henviser til når en nytilkommet flygtning har fået tilladelse til familiesammenførelse, med denne nære familie (mand/kone og børn).

##### *Sundhed*

Sundhed er et mange facetteret begreb. I denne rapport knytter forståelsen af sundhed til WHO's brede definition: "*Sundhed er et fuldstændigt stadium af fysisk, mentalt og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom og svaghed*" (WHO, 1948).

##### *Sundhedsfremme*

Sundhedsfremme skal i denne forbindelse forstås som en proces, der gør den enkelte i stand til både individuelt og kollektivt i grupper, at håndtere de forhold, som har betydning for egen sundhed og dermed forbedre gruppens sundhedstilstand (Vallgård & Koch, 2011; Bruun Jensen, Grønbæk & Reventlow, 2016).

##### *Fysisk aktivitet*

I projektet defineres fysisk aktivitet som alle former for bevægelse der øger energiforbruget. Fysisk aktivitet er derfor både idræt, sport og motion, men dækker også over hverdagsaktiviteter som at gå tur med hunden, at transportere sig på cykel eller arbejde i haven (Aagaard, 2014).

## Del 1: Kortlægning af nytilkomnes oplevelser, behov og interesser for sundhed og fysisk aktivitet i Silkeborg Kommune

## 2.0 Metode og datagrundlag

### 2.1/ Design

Design og metodevalg bør overvejes med udgangspunkt i målgruppen, da der er væsentlige udfordringer forbundet med forskning i etniske minoriteters sundhed (Morville & Erlandsson, 2016). Særligt brugen af spørgeskemaer medfører væsentlige udfordringer for dataindsamling (såsom oversættelse, forståelse, eksklusion og få forskningserfaringer med målgruppen), hvilket ellers er en ofte brugt fremgangsmåde inden for sundhedsfremmeforskning (Vallgård & Koch, 2011). Derudover er der begrænset viden om metoder der øger inklusion og fastholdelse af målgruppen i forskning. Som følge heraf deltager målgruppen sjældent i og springer oftere fra forskningsprojekter (Morville & Erlandsson, 2016).

Med tanke herpå blev der i dette projekt anlagt et design, som forventeligt vil kunne inkludere målgruppen og øge fastholdelse af deltagerne. Community-deltagende aktionsforskning er en forskningstype, som bygger på deltagelse og handling i fællesskab (Reason, 2008). Tilgangen fordrer, at forskeren og lokalmiljø sammen engagerer sig i en problemstilling, her om arbejdet med at udvikle en sundhedsfremmende indsats tilpasset projektets målgruppe. Dermed tager tilgangen udgangspunkt i viden om målgruppen, men involverer også relevante stakeholders og interessenter fra lokalsamfundet, i form af relevante offentlige og civile samarbejdspartnere.

Community-deltagende aktionsforskningsprojekter trækker på antropologiske og community psykologiske tilgange (Berliner, 2005; Schenker, Castañeda, & Rodriguez-Lainz 2014). Det er en tilgang der tilstræber teoretisk og praktisk at nå ud til ofte "oversete" dele af befolkningen såsom marginaliserede, fattige og undertrykte (Berliner, 2005). Vægten lægges på at forstå helheden af individers livssituation, som en del af et større system, med inspiration fra socio-økologiske modeller. Med et socio-økologisk perspektiv fjerner det community-deltagende aktionsforskningsprojekt sig således fra et ensidigt fokus på individet og orienterer sig mod betydningen af de sociale omgivelser og de fællesskaber/netværk der omgiver individet (Orford, 2008). Community-orienteret aktionsforskning søger at gøre op med ulighed og marginalisering som en grundtanke (Orford, 2008). Det er forskning der skal komme udsatte grupper til gavn og sikre en omfordeling af ressourcer, som kan påvirke ulighed (Berliner, 2005).

I SUNDSAM arbejdes der derfor ud fra målgruppens perspektiv. Med et udgangspunkt i flygtninges erfaringer og forståelser af fysisk aktivitet og sundhed skabes et vidensbaseret grundlag for fremtidige indsatser, der tager højde for og involverer målgruppen. Den involverende tilgang kan kun lade sig gøre i kraft af det engagerede samarbejde som Silkeborg Kommune og Sprogcenter Midt, Silkeborg, har vist. Samarbejde på tværs af praksis, forskningsfeltet og borgere, er fundamental for samskabelsesprocessen og indsatsens udvikling i lokalområdet, hvorfor der har været et stort fokus herpå.

I nye forskningstilgange gøres der ofte brug af en multimetodisk tilgang (Berliner, 2005), hvilket også har været gældende i dette projekt. Mere konkret anvendes der i dette projekt metoder; feltarbejde<sup>3</sup> (som adgang til setting og deltagere, men ikke brugt til decideret dataindsamling), spørgeskemaer, interviews og fokusgrupper. Valget af en multimetodisk tilgang indebærer ikke

---

<sup>3</sup> Præsenteres ikke yderligere i denne rapport.



en decideret integration af forskellige metodologiske tilgange som i mixed methods, men derimod bringes de enkelte metoder først i dialog med hinanden i den afsluttende fremstilling af resultaterne (Brewer & Hunter, 2006).

## 2.2/ Spørgeskema

Der blev først gennemført en deskriptiv spørgeskemaundersøgelse blandt kursisterne på Sprogcenter Midt omkring deres erfaringer med og forståelse af sundhed og fysisk aktivitet. Udviklingen af spørgeskemaet fulgte almindelig videnskabelig praksis, involverede en ekspertgruppe og gennemgik en pilottest før endelig dataindsamling (Hoyle et al., 2001). Det blev valgt at bruge en tilpasset version af spørgeskemaet (se bilag) fra en større dansk studie om fysisk aktivitet, det såkaldte FitFirst projekt (Fuller et al., 2017). Begrundelsen for dette valg skal findes i at det var testet tidligere og valideret, samt at det var formuleret letforståeligt, hvilket blev vurderet betydningsfuldt med målgruppen i tankerne.

Netop spørgeskemaer er forbundet med udfordringer, når målgruppen er etniske minoriteter (Morville & Erlandsson, 2016). Derfor blev spørgeskemaet udleveret på sprogskolerne, hvor målgruppen dagligt befinder sig, og udfyldtes her under supervision af dansklærerne på deres respektive kurser, for at minimere tvivl om spørgsmål eller misforståelser.

Spørgsmålene dækker dels over kursisternes erfaringer og deres interesse for fysisk aktivitet, og dels over de oplevede barriere ift. fysisk aktivitet. Derudover spørges der indtil selv vurderet helbred, trivsel og sociale relationer.

Eksempler på spørgsmål kunne være:

Hvis nej (til om du dyrker idræt eller sport): Hvorfor dyrker du ikke sport eller idræt?

- (1) Træthed
- (2) Smerter
- (3) Manglende tid
- (4) Manglende lyst
- (5) Andet (Hvis andet; Skriv herunder hvad)

Hvordan er dit helbred generelt?

- (1) Meget godt
- (2) Godt
- (3) Middel
- (4) Mindre godt
- (5) Dårligt

Af de 107 tilgængelige kursister på tidspunktet for udfyldelse af spørgeskemaet (efteråret 2018), var der 12 spørgeskemaer som blev afleveret ubesvaret. Derudover blev der vurderet at være 1 genganger (eller duplikeringer), da besvarelserne var helt identiske med anden besvarelse. Samlet var der 94 respondenter, herunder 13 respondenter, som kom fra vestlige lande, såsom Rumænien, New Zealand og Ukraine. Disse blev sorteret fra for at have fokus på nytilkomne med en ikke vestlig baggrund, hvorunder flygtninge og familiesammenførte fra Syrien og Eritrea viste sig at være de primære grupper. Samlet blev besvarelser fra 40 mænd, 40 kvinder og en enkelt besvarelse uden kønsspecifikation inkluderet i undersøgelsen.

Spørgeskemaet består i alt af 27 forskellige spørgsmål. En stor andel af spørgsmålene er spørgebatterier, indeholdende en række underspørgsmål omhandlende: interesser og erfaringer med fysisk aktivitet, generel fysisk aktivitet, generel helbred, humør og følelser og socialt liv. Svar tiden var imellem 10-15 minutter.

Spørgeskemaet blev pilottestet med hjælp fra forskere (på AU og SDU) med særligt kendskab til målgruppen og spørgeskemakonstruktion, og blandt målgruppen. På baggrund af pilottesten blev spørgeskemaet revideret og færdigudviklet til uddeling på sprogskolen. Revideringen bestod i mindre ændringer i spørgsmålsformuleringer og indsættelse af forklarende tekster, fx ved at skrive "På de næste sider er der nogle spørgsmål om hvordan du har det", som introduktion til spørgsmål som havde en anden karakter end de forrige.

### 2.3/ Interviews

I projektet har vi også anvendt individuelle semistrukturerede interviews, der indeholder forbedrede spørgsmål, men som også inddrager samtaleemner, som opstår i mødet mellem informant og interviewer (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Forud for interviewene var der udarbejdet en interviewguide (se bilag) med faste hovedtemaer og spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Foruden de på forhånd formulerede spørgsmål, gav det semistrukturerede interview også plads til, at interviewer kunne være nysgerrig under interviewet og på den måde spørge ind og afdekke interessante grene i informanternes udtalelser.

Interviewguiden kan være mere eller mindre struktureret og detaljeret alt efter, hvilken viden man ønsker at indhente (Kvale og Brinkman, 2015). Interviewguiden indeholder en kort introduktion, der skal præsentere informanten for interviewets struktur og de formelle forhold. Derefter er interviewguiden udformet på baggrund af forskningsspørgsmål, som omformes til interviewspørgsmål i et mere tilgængeligt hverdagssprog.

Kvale og Brinkmann (2015) fremhæver, at et interview optimalt bør forløbe som en almindelig samtale, men med et specifikt formål og struktur. Et godt kendskab til interviewguiden minimerer risikoen for at overse eller glemme væsentlige spørgsmål undervejs i interviewet (ibid.). Forud for interviewene var interviewguiden afprøvet på en testperson for at sikre, at enkelte emner ikke blev favoriseret og at spørgsmålene var letforståelige, især med den potentielle sprogbarriere for øje.

### 2.4/ Fokusgrupper

Fokusgruppeinterviews defineres som en metode, der gennem gruppeinteraktion skaber viden om et bestemt emne (Morgan, 1997). Dette sker qua deltagernes deling og sammenligninger af erfaringer og forståelser, som der produceres viden på baggrund af (Halkier, 2016; Morgan, 1997). Ofte fremhæves fokusgruppeinterviews som særligt frugtbare i arbejdet med etniske minoriteter, da kulturelle værdier og gruppenormer dermed kan træde tydeligere frem for intervieweren. Derfor antages metoden at være særlig velegnet til at give indblik i deltagernes kulturelle perspektiver (Hughes & DuMont, 1993; Knodel, 1995; Kitzinger, 1995; Schilder, 2004; Colucci, 2008). Gruppeformen kan endvidere lette diskussion af fx sensitive emner, fordi deltagerne motiverer hinanden, således informanter med tendens til tilbageholdenhed bidrager mere aktivt end i fx individuelle interviews (Kvale & Brinkmann, 2015). Tilsvarende kan deltagerne yde gensidig støtte til hinanden i forhold til at udtrykke følelser, der er fælles for gruppen, men som de anser for at afvige i det omgivende samfund (Kitzinger, 1995).

En svaghed ved fokusgruppen er, at atypisk individuel praksis og anderledes forståelser kan have tendens til at blive underrapporteret i fokusgrupper (Bloor et al., 2001; Morgan, 1997). Dette kan især være tilfældet, hvis den sociale kontrol i fokusgruppen hindrer, at forskelle i erfaringer og perspektiver kommer frem (Halkier, 2016). En anden relevant betragtning i forhold til fokusgruppen er, at meget dominerende deltagere kan risikere at blive styrende for de øvrige respondents udsagn. Det er som følge heraf vigtigt, at moderatoren, der står for at facilitere fokusgruppen, løbende tager højde for de konkrete gruppeeffekter, som kan opstå, når netop den sociale interaktion er kilden til data (Halkier, 2016). Halkier fremhæver således, at styrende deltagere kan lægge en dæmper på variationen i deltagernes udtryk for forståelser

og erfaringer (ibid.). Omvendt giver blotlæggelsen af den sociale interaktion også et unikt indblik i graden af konsensus og konflikt på et område.

I dette studie er der gennemført fokusgruppelinterviews (se bilag for spørgeguide) med syriske kvinder, da det forventeligt vil kunne være en særlig følsom teknik over for kulturelle perspektiver, som i de individuelle interviews blev oplevet som mere betydningsfuld for syriske kvinder end de øvrige deltagere.

## 2.5/ Brugen af tolk

I dette projekt blev der anvendt tolk. Deltagerne der blev interviewet var under danskkundtalelse og beherskede endnu ikke det danske sprog tilstrækkeligt til at indgå i en interviewsituation omkring et relativt abstrakt fænomen som sundhed uden støtte fra en tolk.

Brugen af tolk medfører udover sproglige udfordringer også nogle metodologiske udfordringer, der kan have konsekvenser for interviewet (Squires, 2008; Edwards, 1998; Lou, 2008). En væsentlig udfordring drejer sig om "ujævnheder" i oversættelsen og mistanken om, at "noget går tabt." Denne udfordring bunder formentlig i, at kommunikationen i sit fulde omfang kun er tilgængelig for tolken, hvilket kan efterlade intervieweren med en fornemmelse af at mangle oplysninger (Lou, 2008). En anden udfordring kan være at finde det korrekte match mellem tolk og informant, således der skabes grobund for en god kontakt, hvor informanten oplever den tryghed og tillid, der gør, at de tør ytre sig. Et eksempel kan være at tolk og informant kender hinanden fra tidligere tolkesituationer eller måske endda, fordi de færdes i samme kredse. Her kan der være risiko for en implicit viden tolk og informant imellem, som intervieweren potentielt set ikke får at vide. Derudover findes det blandt andet nødvendigt at vurdere tolkens sociale karakteristika, køn, alder og kulturel baggrund for at finde en passende tolk (Edwards, 1998). I forlængelse heraf fremkommer en potentiel tredje udfordring i, at etableringen af en nær og tillidsfuld relation mellem parterne vanskeliggøres ved brugen af tolk (Lou, 2008). Hertil kunne en bekymring være, at inddragelsen af tolken reducerer intimiteten mellem intervieweren og informanten samt "flowet" i interviewsituationen.

For at imødekomme disse udfordringer blev interviewene afholdt med udgangspunkt i en række retningslinjer (Edwards, 1998; Lou, 2008). Hertil blev der afholdt både en briefing før interviewet og en debriefing efter interviewet med tolken. Hensigten med briefing var at give tolken indsigt i projektets formål og at klarlægge tolkens rolle som værende hverken for aktiv eller passiv. Ligeledes blev det for eksempel gjort klart for tolken, at der ønskedes en så præcis oversættelse, som muligt. Hertil pointerer Lou (2008) nødvendigheden af et metaniveau, hvor forsker og tolk kommunikerer om, *hvordan* der kommunikeres. Debriefingen med tolken havde til formål at skabe refleksion over interviewets forløb og gav mulighed for afsluttende bemærkninger. Endvidere blev interviewet praktisk udført således, at kommunikationen kunne foregå mellem alle tre parter: interviewer, interviewperson og tolk. Edwards (1998) henviser her til en triangulær opstilling, så alle tager del i situationen, og der er mulighed for øjenkontakt. Slutligt er det nødvendigt at anerkende, at tolken spiller en aktiv rolle i interviewsituationen og er en fortolkende medspiller, der har indflydelse på samtalen (Lou, 2008).

## 2.6/ Databehandling og analyse

### 2.6.1/ Spørgeskemaer - analyse

Data fra spørgeskemaundersøgelsen vil blive præsenteret deskriptivt, så det kan bibringe viden om fordelingen i målgruppens forudsætninger, interesser og behov.

Efter dataindsamling blev, der for samtlige spørgsmål lavet frekvenstabeller over svar. Bilag 1 viser frekvenstabeller over samtlige spørgsmål, hvor den totale svarfordeling ikke er indeholdt i rapporten. Grundet målgruppens udfordringer med sprog og spørgeskemaer, var der en lav

svarprocent på visse spørgsmål i spørgeskemaet, hvorfor disse ikke er repræsenteret i den endelige rapport. Samtlige spørgsmål og svarfordeling kan dog ses i bilag 1.

Derudover vil det i rapporten kunne ses, at det samlede antal mulige besvarelser skifter, på forskellige spørgsmål. Dette er fordi spørgeskemaet er konstrueret så respondenter ledes til forskellige spørgsmål, afhængigt af deres svar på forudgående spørgsmål. Derudover har en del respondenter ikke besvaret alle spørgsmål i skemaet, hvilket antages at være grundet målgruppens sproglige udfordringer (Morville & Erlandsson, 2016).

Brugen af spørgeskemaer og specifikt analysen af besvarelserne er forbundet med usikkerhed, når det kommer til validitet (Olsen, 2006). Dette betegnes i litteraturen som betydningsvidde, hvilket indikere at ord, spørgsmål og svarkategorier kan forstås forskelligt af respondenterne. Dette er søgt minimeret igennem pilottestning og dialog med forskere der kender målgruppen. Der er dog fortsat data, der indikerer, at enkelte spørgsmål ikke er forstået entydigt blandt respondenterne (et konkret eksempel er besvarelserne omkring psykisk sundhed, beskrives yderligere i resultatafsnit).

Endvidere er undersøgelsen af mindre skala, så data herfra skal forstås som et indblik i fx behov og interesser hos målgruppen, men det anbefales at være påpasselig med generalisering på baggrund af undersøgelsens størrelse og kontekst.

#### 2.6.2/ Interviews - analyse

Analysestrategien for interviews og fokusgruppeinterviews er inspireret af Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), og som den udlægges af Sparkes og Smith (2014), indbefatter det seks faser. Analysen var en 'åben' og datastyret kodningsproces, hvilket medfører at data ikke blev kodet ved hjælp af teori, og at vores egen for forståelse er blev forsøgt begrænset (Kvale & Brinkmann, 2015). Analysen fulgte de seks nedenstående faser:

- 1) Transskription og gennemlæsning: Hvert interview blev transskriberet efter en transskriptionsguide og gennemlæst for at opnå kendskab til materialet.
- 2) Datastyret kodning af udsagn: Der blev foretaget en eksplorativ kodning af hvert interview, hvor de umiddelbare tanker om udsagnene blev skrevet i korte sætninger.
- 3) Identifikation af forbindelser mellem koder: Det blev undersøgt, hvorvidt koderne kunne have forbindelse til hinanden. Dette blev gjort ved at inddele de indledende koder fra fase 2 i mere generelle temaer.
- 4) Hierarkisk inddeling af koder: De eksplorative koder fra hvert interview blev indsat i individuelle tabeller. Der blev her skabt overblik over analysens fund ved at lave en hierarkisk inddeling af koder med over- og underkoder.
- 5) Tværanalyse af interviews: Der blev lavet to endelige tabeller med koder for begge informantgrupper, hvilket gav en samlet oversigt over interviewenes generelle perspektiver.
- 6) Sammenskrivelse af fund: Det sidste analyseskridt bestod i at sammenskrive fundene (Sparkes & Smith, 2014).

#### 2.7/ Etik og kvalitetskriterier

Dette studie efterlever den danske integritetslov i forskning, som benchmarking for god etisk og solid forskning (Uddannelses og Forskningsministeriet, 2014). Desuden er informeret samtykke og kritisk vurdering af projektet væsentlige etiske elementer i studiet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det indebærer, at der er indhentet informeret samtykke fra alle informanter, og at de har haft mulighed for at trække sig ud af projektet til enhver tid, hvis de ønskede det. Desuden har projektteamet sikret, at eksterne interessenter kritisk kan vurdere, hvordan projektets resultater er frembragt ved at gøre processen gennemsigtig for læseren. Studiet er således udført i overensstemmelse med Kvale & Brinkmanns (2015) udpegning af fire grundlæggende etiske

forhold: a) informeret samtykke b) fortrolighed c) afvejning af mulige konsekvenser og d) refleksivitet om forskerens rolle.

## 3.0 Deltagere og setting

### 3.1/ Beskrivelse af deltagere

Målgruppen for dette projekt er mandelige og kvindelige nytilkomne flygtninge og familiesammenførte som er kommet til Silkeborg Kommune efter, at de har opnået asyl og opholdstilladelse i Danmark. En proces der fulgte i årene efter 2015, hvor mere end 1 million flygtninge og migranter ansøgte om asyl i medlemslande af EU (Agergaard, 2018). De to største grupperinger af nytilkomne i Silkeborg Kommune er syriske og eritreiske flygtninge og familiesammenførte, hvorfor deltagerne i denne undersøgelse alle har denne baggrund. Deltagerne i den samlede undersøgelse spænder aldersmæssigt fra 23 til 64 år. Nogle har en uddannelse fra deres oprindelsesland, mens andre ingen formel uddannelse har. Blandt de syriske deltagere, er der også deltagere som identificerer sig som kurdere.

Der blev indhentet spørgeskemaer fra alle sprogcenterets kursister (på dagen for testning d. 15. maj 2019), resulterende i 107 besvarelser, hvoraf eksklusionskriterier, medførte 81 (40 mænd, 40 kvinder, 1 ikke angivet) respondenter til dataanalyse. Ekskluderingen beskrives i metodeafsnit.

Det blev valgt at tage udgangspunkt i de to største grupperinger af nytilkomne i Silkeborg (se tabel 1) i den efterfølgende kvalitative undersøgelse. Der blev udført 11 interviews med syriske og eritreiske mænd, samt 13 interviews med syriske og eritreiske kvinder.

Endvidere blev der lavet 3 fokusgruppeinterviews, med i alt 12 syriske kvinder (4 pr. gruppe), for at undersøge deres forståelse af fysisk aktivitet og sundhed som gruppe. Det bidrog dels til at udvikle indblik i opfattelsen hos den største gruppe af kvinder på sprogcenteret, dels til at forberede pilotprojekt med sundhedscoaching, hvor det blev besluttet (i samråd med kommune og sprogcenter), at fokus skulle være på syriske kvinder, qua de udfordringer de som gruppe står overfor (se Arendt, 2019).

### 3.2/ Beskrivelse af setting

Sprogcenter Midt i Silkeborg har fungeret som setting, så det var her interviewene fandt sted og spørgeskemaundersøgelsen blev besvaret. Sprogcenteret har desuden været involveret i etablering af kontakt til interviewdeltagere. Institutionen viste sig at være et centralt sted i hverdagen for nytilkomne, da integrationsloven foreskriver, at alle kommuner skal tilbyde et integrationsprogram med blandt andet danskundervisning til nytilkomne flygtninge og familiesammenførte. Sprogcenter Midt er en selvejende institution, der leverer danskundervisning til 10 forskellige kommuner, herunder Silkeborg. Sprogcenter Midt (dækkende over både Horsens, Skanderborg og Silkeborg) havde i 2017 i alt 860 kursister, hvoraf omkring 49% er fra Syrien. Samarbejdet med sprogcenteret blev etableret via Silkeborg Kommune.

## 4.0 Del 1: Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra del 1. Resultaterne fra del 1 bygger på data fra spørgeskemaundersøgelsen (med 81 kursister fra Sprogcenter Midt), kvalitative interviews med mandlige flygtninge (N=11) og kvindelige flygtninge (N=13) fra Syrien og Eritrea og fokusgruppeinterviews med kvindelige flygtninge fra Syrien (N=12). Alle data er blevet indsamlet på Sprogcenter Midt i Silkeborg. Først præsenteres de kvantitative resultater fra spørgeskemaundersøgelsen. Dernæst formidles resultaterne fra den kvalitative interviewundersøgelse. Herved skabes et indblik i oplevelser, interesser og behov for fysisk aktivitet og sundhedsfremme blandt nytilkomne flygtninge og familiesammenførte.

Da datamateriale for den kvantitative del af undersøgelsen beror på et begrænset deltagerantal, anbefales læseren at sætter resultaterne i kontekst af Silkeborg. Generalisering på baggrund af de præsenterede resultater, kan ikke tilskyndes og er endvidere ikke hensigten med denne del af dette projekt. Dog bibringer resultaterne værdifuld viden, fra en ofte i forskningssammenhæng overset gruppe, nemlig flygtninge.

#### 4.1/ Spørgeskemaundersøgelsen

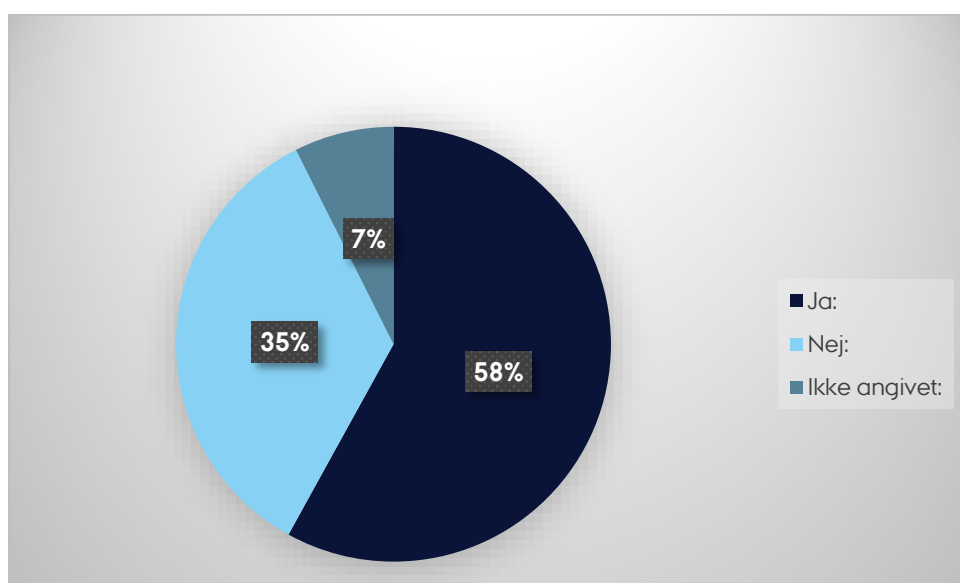
##### 4.1.1/ Baggrundsinformation

	Antal	År	Nationalitet
Mænd:	40		
Kvinder:	40		
Ikke angivet:	<5		
Gennemsnitsalder:		36	
Syrien:			39
Eritrea:			22
Andre ikke vestlige lande:			20

Tabel 1: Viser antal deltagere (fordelt på køn), gennemsnitsalder og nationalitet (Syrien, Eritrea eller andre ikke vestlige lande).

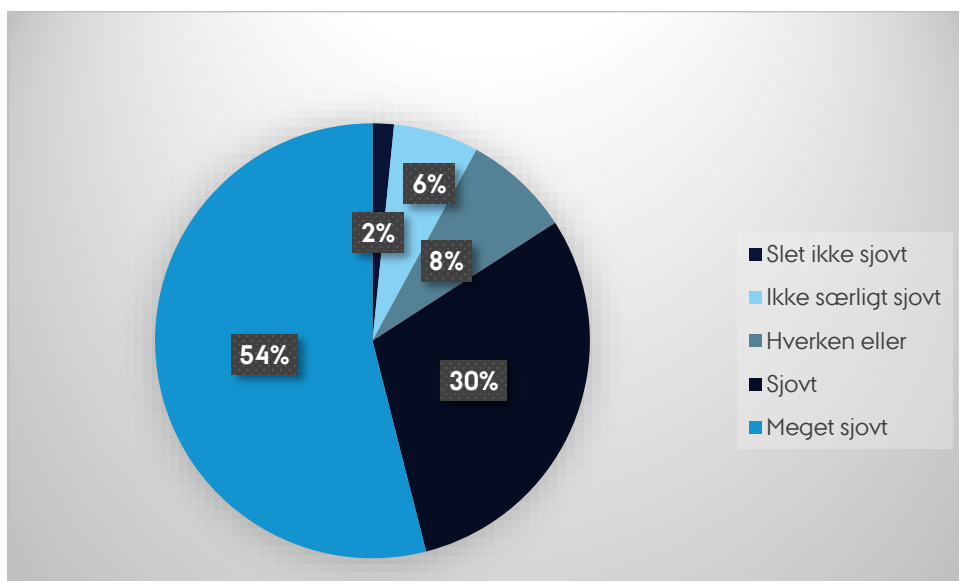
##### 4.1.2/ Idrætsdeltagelse

Nedenstående figur 1 viser respondenternes svar på spørgsmålet, om de dyrker idræt eller sport. Over halvdelen (58%) dyrker en idræt eller sportsgren. Dog svarer en relativt stor del (35%), at de ikke dyrker nogen idræt.



Figur 1: "Går du til eller dyrker du idræt eller sport?" (N= 81)

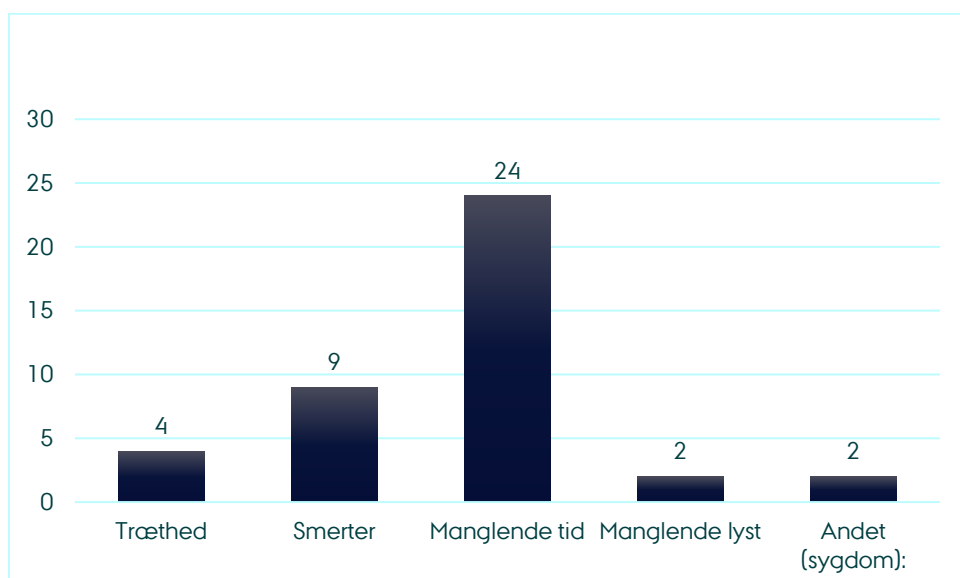




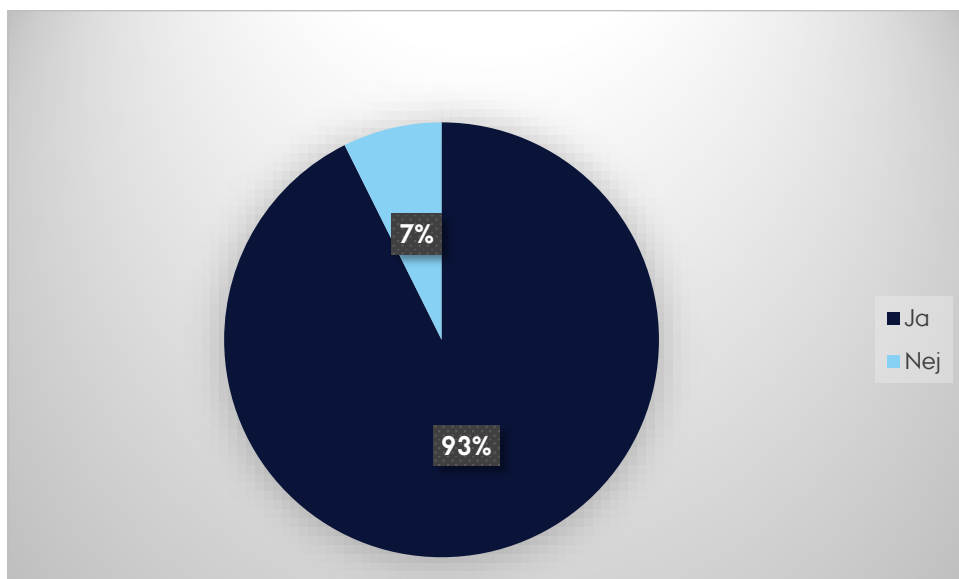
Figur 2: "Hvor sjovt synes du sport og fysisk aktivitet er?"

Ovenfor ses af figur 2, at en meget stor andel af respondenterne finder sport og fysisk aktivitet meget sjovt eller sjovt (84%). Det er kun få personer, der ikke synes dette.

Desuden fremgår det nedenfor (figur 3), at manglende tid (ca. 70%) er en udslagsgivende faktor for, om respondenterne dyrker fysisk aktivitet eller sport. Derudover oplever flere også at have for mange smerter, til at kunne deltage i fysisk aktivitet eller sport (ca. 21 %).



Figur 3: "Hvis nej (til om du dyrker idræt eller sport): Hvorfor dyrker du ikke sport eller idræt?"



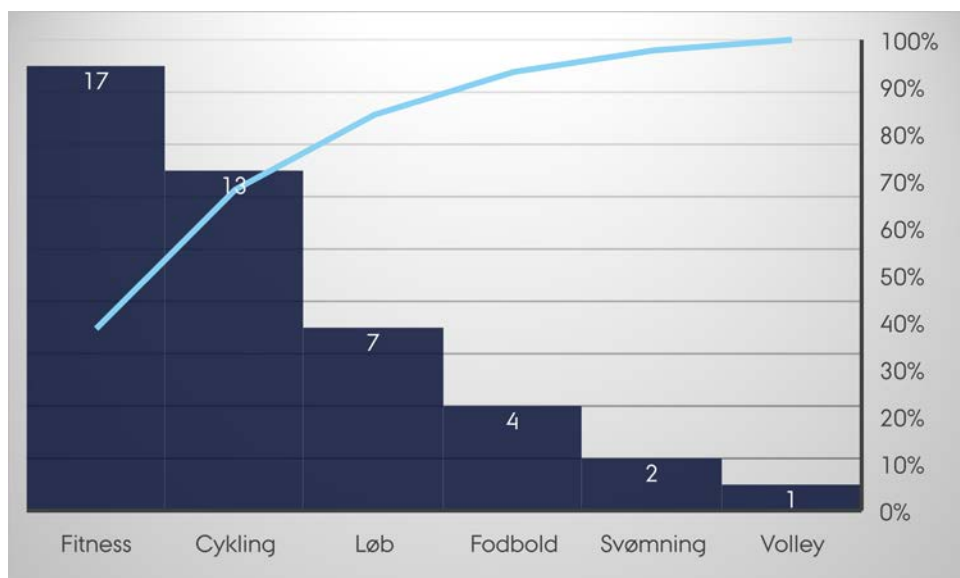
Figur 4: "Kunne du tænke dig at gå til idræt eller sport?"

Ovenfor ses (figur 4) det at langt de fleste, af dem som ikke dyrker sport, godt kunne tænke sig at gå til idræt eller sport (93%).

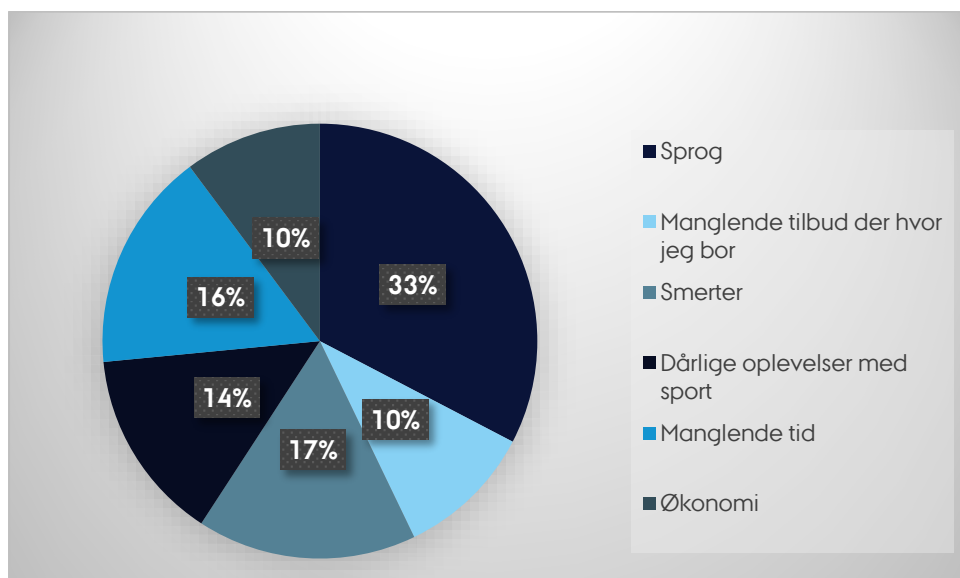
Nedenfor (figur 5) angiver mange fitness, cykling og løb som deres foretrukne fysiske aktivitet (hvh. 39%, 29% og 16%), hvis de skulle gå til idræt eller sport (de måtte kun angive en aktivitet). Dermed ses klart den største procentvise andel at foretrække fitness, cykling og løb, som aktivitetsform.

En relativ lille andel efterspørger aktiviteter der kendetegner det klassiske danske foreningsliv, såsom fodbold, håndbold eller badminton. Dette er de mest traditionelle ønsker til fysisk aktivitet blandt danskere (og relativt populære), i samspil med løb, fitness og cykling (Pilgaard & Storm, 2016). Dermed er der altså her en betydelig forskel i ønsker blandt nytilkomne og majoriteten af befolkningen.

Note: med cykling, menes der det at lære at cykle for de nytilkomne, hvilket også kan forstås som et særligt behov. Bemærk: det var også muligt at angive andre aktiviteter, men ingen respondenter benyttede sig af den mulighed.



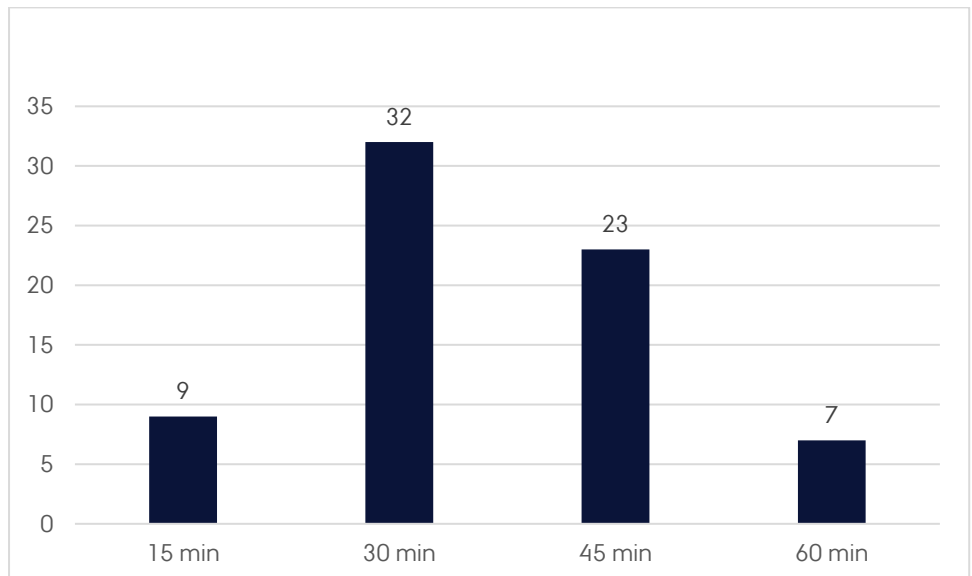
Figur 5: "Hvad kunne du tænke dig at gå til (vælg en af følgende muligheder)?"



Figur 6: "Hvad er en udfordring for dig for at holde dig sund?"

Ovenfor ses på figur 6, at der er mange oplevede udfordringer ift. at holde sig sund. Sproglige barrierer (33%) angives som den hyppigste (fx det ikke at kunne indgå på lige fod med andre), imens mange også angiver at opleve barriere i form af kropslige smerter (17%) og manglende tid (16%). Der eksisterer også barrierer, idet at deltagerne angiver, de har dårlige oplevelser med sport (14%) og der er manglende tilbud i nærområdet (10%). Økonomi vægtes overraskende lavt (10%) set i lyset af flygtninges relativt lave indkomst (ift. befolkningens) (Arendt et al., 2019).

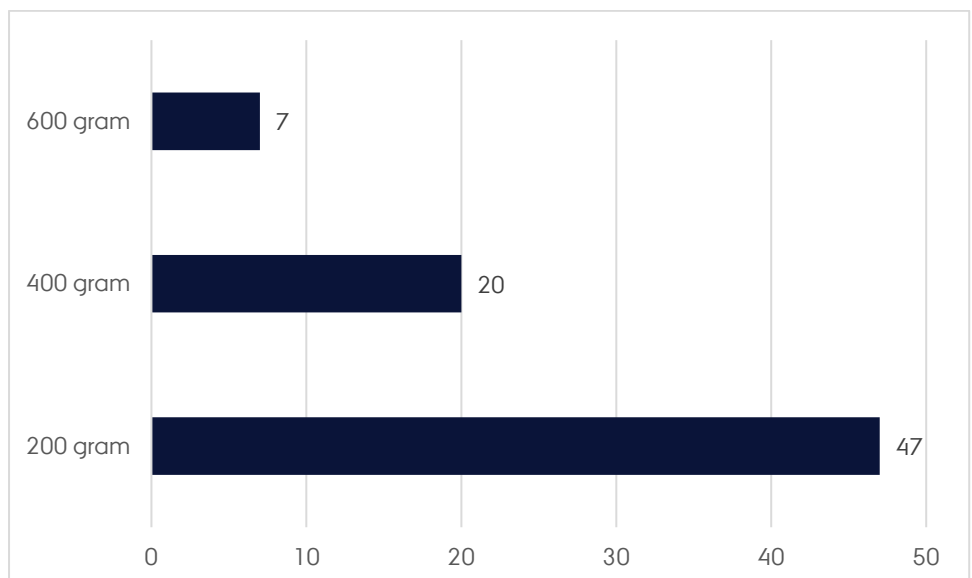
#### 4.1.3/ Viden om fysisk aktivitet og sundhed



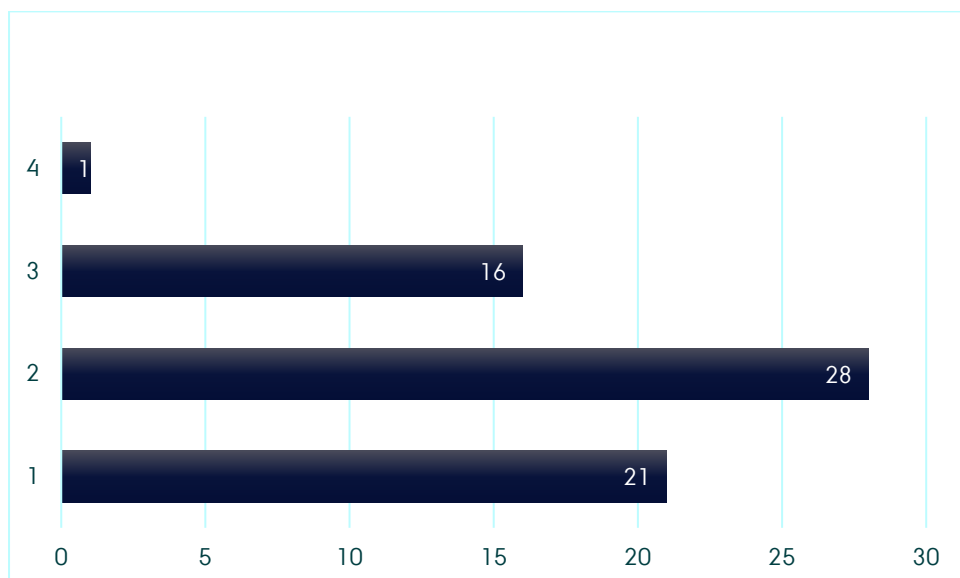
Figur 7: "Hvor mange minutter tænker du, at du skal være aktiv dagligt for at forblive sund?"

Ovenfor ses (figur 7) at de fleste respondenter enten peger på 30 eller 45 minutters fysisk aktivitet dagligt, som nødvendigt for at holde sig sund. Dette er i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (2018).

Nedenfor (figur 8) ses det, at mange respondenter (47) peger på 200 gram frugt og grønt om dagen, som det anbefalede at indtage, mens en stor del (20) peger på 400 gram. Miljø og Fødevareministeriet (2019) anbefaler 600 gram om dagen, hvoraf mindst halvdelen skal være grønt.



Figur 8: "Hvor mange gram frugt anbefales det at spise om dagen?"

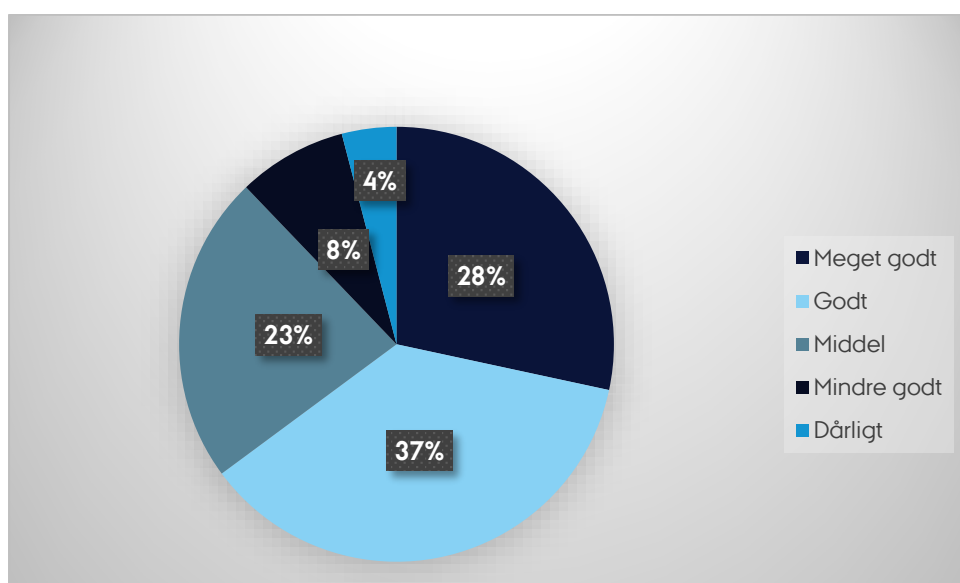


Figur 9: "Hvor mange gange om ugen skal man træne med høj puls?"

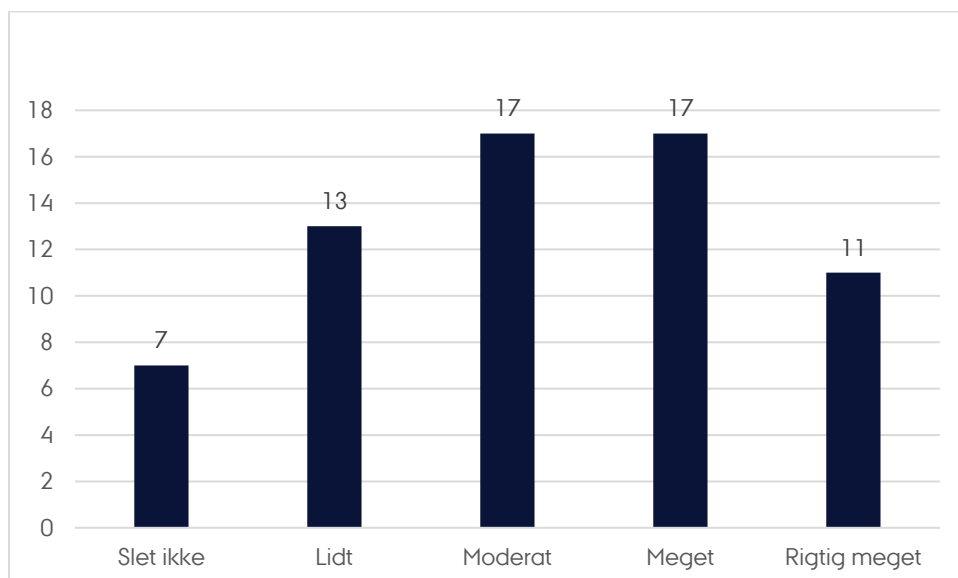
I forhold til at træne med høj puls, svarer de fleste, at man skal træne med høj puls 2 gange om ugen (28), mens lidt færre svarere næsten ligeligt på enten 1 eller 3 gange i ugen. Sundhedsstyrelsen (2018) anbefaler at træne med høj puls minimum 2 gange om ugen, hvilket er i tråd med hvad hovedparten peger på. Dog er der en relativ stor del, som angiver en gang om ugen (21).

#### 4.1.4/ Fysisk sundhed

I vurdering af deres generelle helbred, svarer en stor del af respondenterne (figur 10) at det er enten godt eller meget godt (65%). En relativt stor del svarer også Middel (23%) og en mindre gruppe (12%) svarer Mindre godt eller Dårligt.



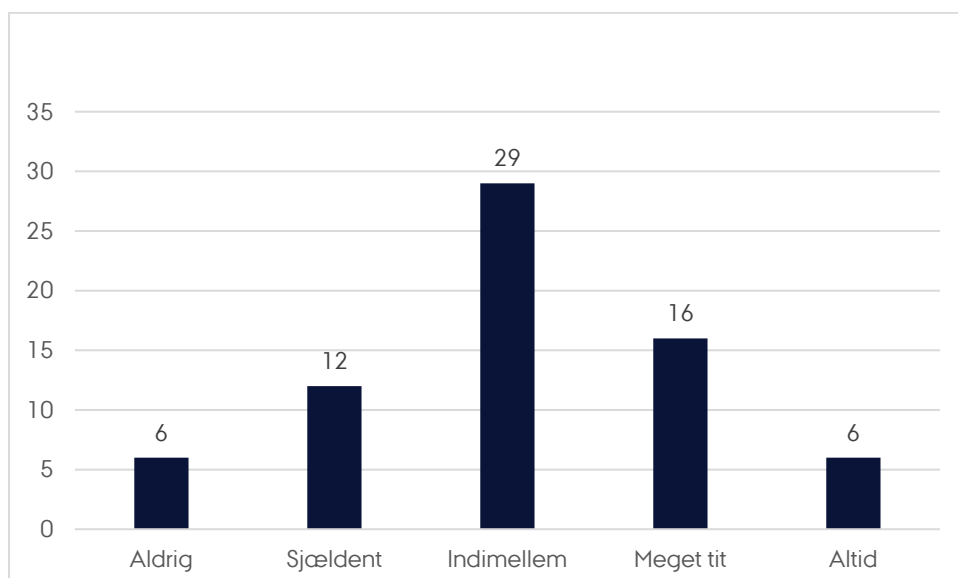
Figur 10: "Hvordan er dit helbred generelt?"



Figur 11: "Har du følt dig rask og godt tilpas inden for de sidste 7 dage?"

Ved spørgsmålet om respondenterne har følt sig raske og godt tilpas inden for den seneste uge (figur 11), svarer størstedelen Moderat (17) og Meget (17). En stor del svarer også Rigtig Meget (11). Imens en relativt stor del også svarer Lidt (13) eller Slet ikke (7). Generelt peger det mod, en relativt god selv vurderet fysisk sundhed for respondenterne, med det forbehold at en 1/4 del af respondenterne faktisk vurderer deres fysisk sundhed som dårlig.

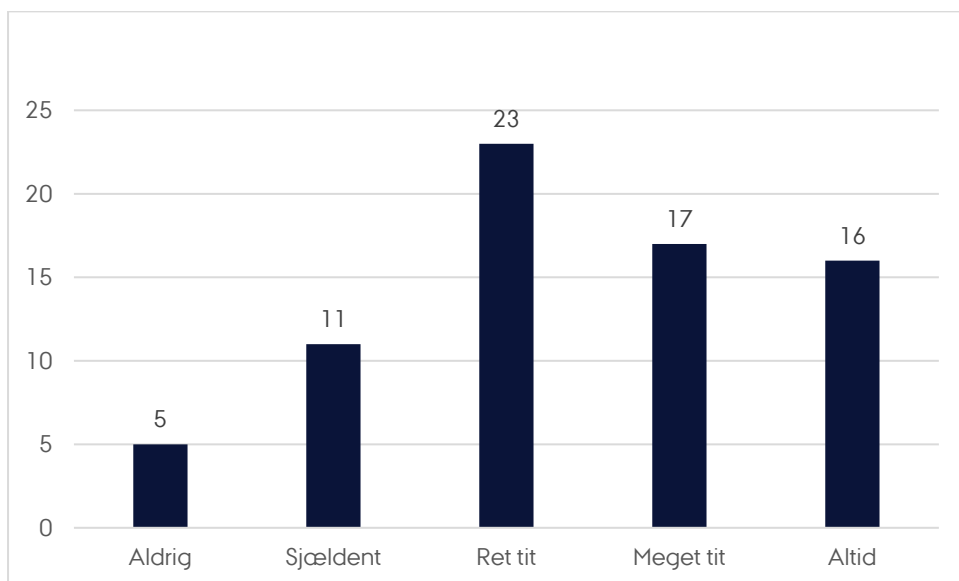
#### 4.1.5/ Psykisk sundhed



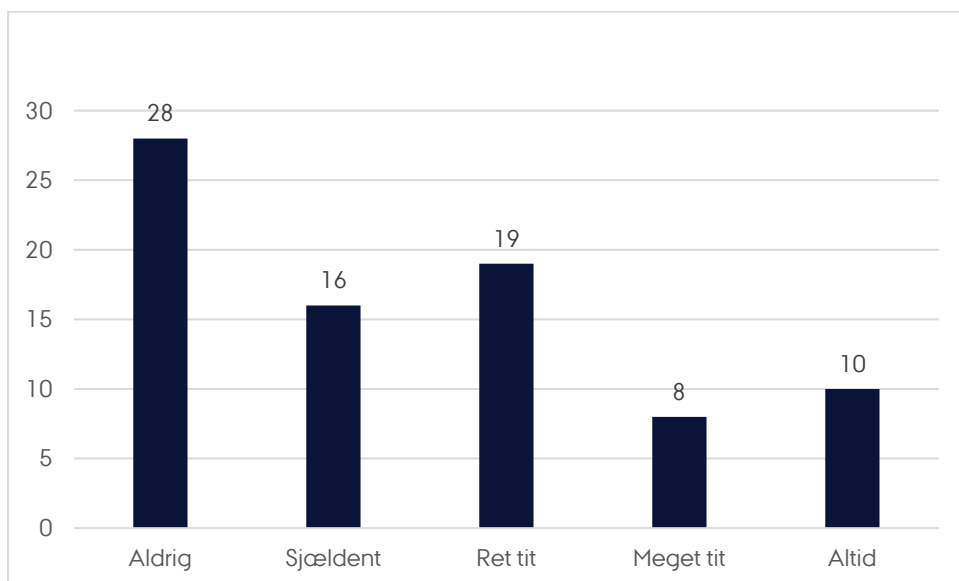
Figur 12: "Tænk på sidste uge... Har du følt dig fuld af energi?"

29 af respondenterne svarer at de Indimellem har følt sig fuld af energi i den sidste uge (figur 12), mens 22 svarer enten Meget tit eller Altid. 18 svarer enten Sjældent eller Aldrig.

I forhold til at være i godt humør (figur 13) har langt størstedelen nedenfor svaret Ret tit, Meget tit eller Altid. Dog har 16 respondenter svaret Sjældent eller Aldrig.



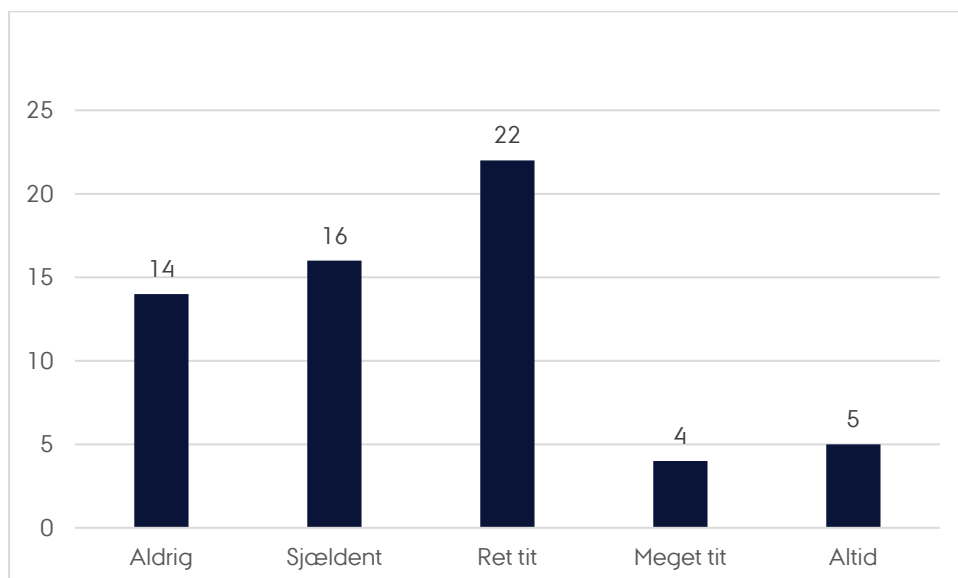
Figur 13: "Tænk på sidste uge... har du været i godt humør?"



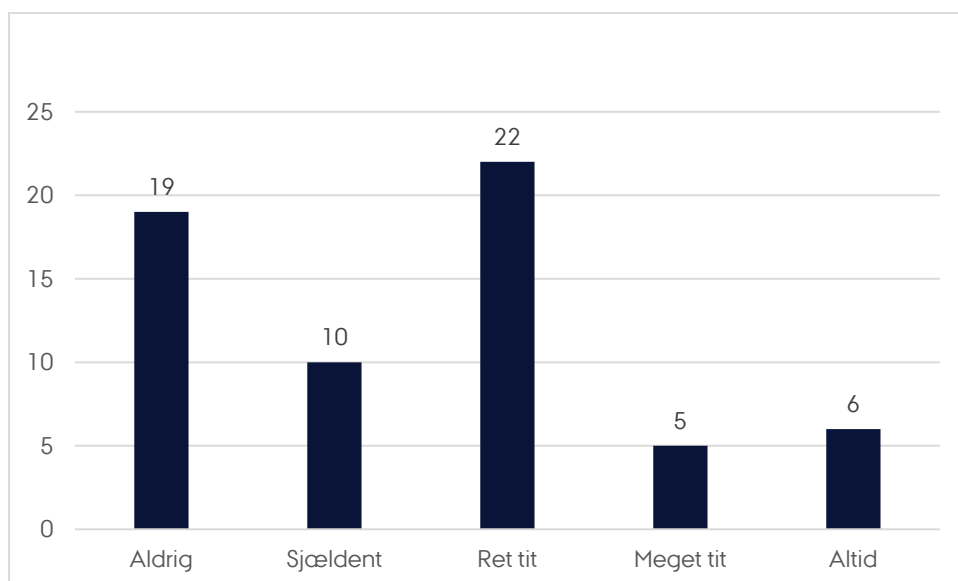
Figur 1: "Tænk på sidste uge... har du været ked af det?"

Til spørgsmålet om de har været kede af det i den sidste uge (figur 14), svarer en stor del Aldrig eller Sjældent. Tilsvarende svarer en stor del (37) at de er kede af det Ret tit, Meget tit eller Altid.

Nedenfor ses det af figur 15, at størstedelen af respondenterne har haft det så dårligt i løbet af sidste uge (Ret tit, Meget tit, Altid), at de ikke havde lyst til at lave noget som helst (31). 30 angiver som enten Sjældent eller Aldrig. Der synes altså at være nogle paradokser (glade og fyldt med energi, men samtidig haft det dårligt) i respondenternes vurdering af eget psykisk helbred. En forklaring kan her være misforståelse af spørgsmålene, jævnføre sproglige vanskeligheder. Det må derfor konstateres at flere undersøgelser omkring dette er nødvendigt.



Figur 2: "Tænk på sidste uge... har du haft det så dårligt, at du ikke havde lyst til at lave noget som helst?"

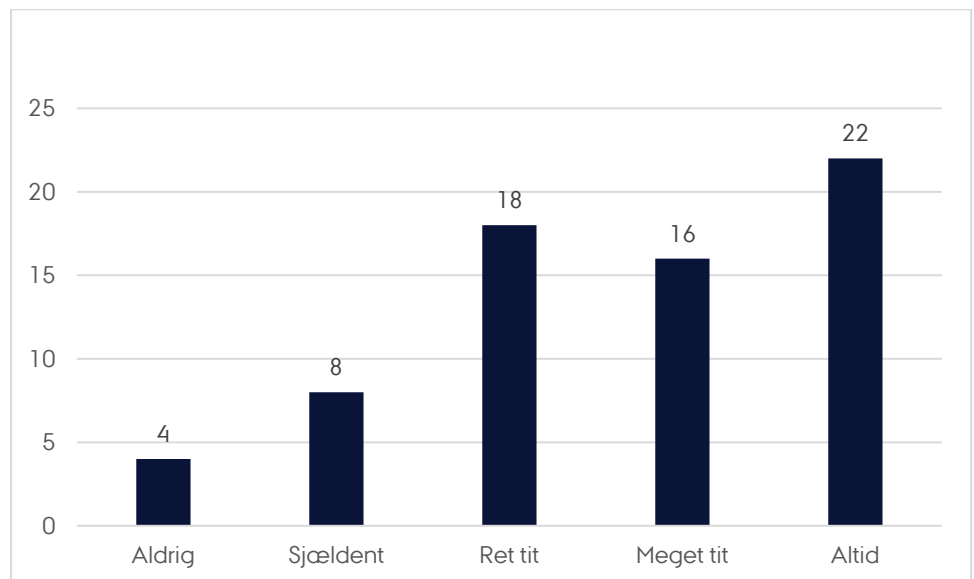


Figur 3: "Tænk på sidste uge... Har du følt dig ensom?"

Vurderet på undersøgelsestidspunktet (figur 16), oplevede en stor gruppe at de i løbet af sidste uge Ret tit følte sig ensomme (22), mens en mindre gruppe følte sig ensom Meget tit eller Altid (11). En relativt stor gruppe følte sig Sjældent eller Aldrig ensomme (29). Dette indikerer en oplevet ensomhed blandt respondenterne, som lægger højere end gennemsnittet i Region Midtjyllands sundhedsprofil (Larsen et al., 2018).

Nedenfor (figur 17) ses respondenteres svar på, om de har været sammen med nogen, de betragter som venner inden for den seneste uge. Her svarer langt størstedelen Ret Tit, Meget tit eller Altid. Der er dog 12 der svarer enten Sjældent eller Aldrig.





Figur 4: "Tænk på sidste uge... Har du været sammen med nogle du betragter som dine venner?"

#### 4.2/ Sammenfatning

Overordnet giver svarene et indtryk af respondenternes fysiske aktivitet, deres forhold til fysisk aktivitet, deres viden om fysisk aktivitet og kostråd, samt deres fysiske og psykiske helbred. Svarene viser tydeligt, at der hos mange er et ønske om at være mere fysisk aktiv, og at de har konkrete ønsker til bestemte aktivitetsformer (eks. Fitness, løb og lære at cykle). De oplever dog samtidigt en række barrierer, der udfordrer deres fysiske aktivitet og sundhed (eks. Sproglige barrierer, kropslige smerter og manglende tid).

I forhold til ikke-vestlige nytilkomnes fysiske og psykiske sundhed, peger besvarelsene på, at hovedparten af respondenterne har et relativt godt vurderet helbred, med det forbehold at en ¼ del af respondenterne faktisk vurderer deres fysiske sundhed som dårlig. Omkring psykisk sundhed synes der at være nogle paradokser, da respondenterne for hovedparten vurderer sig som glade og fyldt med energi, men samtidig er der dog en stor andel der i den sidste uge (for svartidspunktet) havde haft det så dårligt, at de ikke havde lyst til at foretage sig noget. Det vil sige, at respondenternes vurdering af eget psykisk helbred, er kompleks og ikke entydig.

Samtidig indikerer besvarelsene, at der er en væsentligt oplevet ensomhed blandt respondenterne, som lægger højere end gennemsnittet i Region Midtjyllands sundhedsprofil (Larsen et al., 2018). Dette kunne indikere, at den psykiske sundhed er udfordret blandt respondenterne.

### 4.3/ Interviewundersøgelsen

I det følgende præsenteres resultaterne for interviewundersøgelsen og fokusgrupper. Alle individuelle interviews har haft en varighed mellem 30-45 minutter og fokusgrupperne havde en varighed på 1,5 timer. Resultaterne vil blive præsenteret samlet, dog opdelt efter køn, og struktureret omkring to overordnede temaer: 1) Fysisk aktivitet og sundhedsfremme og 2) opfattelse af sundhed. For kvindernes vedkomne vil oplevelser med sundhedsvæsenet udgøre et tredje tema.

#### 4.3.1/ Nytilkomne mænd

##### Fysisk aktivitet og sundhedsfremme

Hos de nytilkomne mænd anses fysisk aktivitet i høj grad som et middel til at styrke kroppen, og dermed opnå en øget funktionalitet i hverdagen. Samtidig beskrives den fysiske aktivitet som et vigtigt element i forebyggelse af dårligdomme. Dette understreger en mekanisk eller funktionalistisk tilgang, hvor den fysiske aktivitet har til formål at fremme mændenes sundhed, så de kan passe deres familie.

Mændene indikerer dog, at deres nuværende tilgang til fysisk aktivitet, har ændret sig med alderen og i takt med skiftende livsomstændigheder. I barndommen blev selve den fysiske aktivitet forbundet med lyst og glæde, og som værdifuldt i sig selv. Derved knytter mændenes oplevelser med fysisk aktivitet fra barndommen til idrættens egenværdi, hvor aktiviteten er målet i sig selv og ikke et middel til at opnå eksterne fordele eksempelvis et bedre helbred. Dette står i kontrast til deres tilgang i voksenlivet, hvor fysisk aktivitet er en instrumentalisering af sundhed, der ikke umiddelbart bærer på en iboende glædesværdi. Dette er interessant i en dansk kontekst, hvor der ganske givet *også* tales om fysisk aktivitet som et middel til sundhedsfremme, men hvor egenværdien ved deltagelse i idræt trods alt også vægtes højt.

##### Sundhedsopfattelse

Generelt giver mændene udtryk for et bredt sundhedsbegreb, der læner sig op ad sundhedsdefinitionen hos WHO, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension er en del af sundheden (WHO, 1948). Dette er et udtryk for en forståelse af, at elementerne påvirker hinanden. Eksempelvis beskriver de, at en ringe fysisk sundhed også kan have negative konsekvenser på et psykisk og socialt niveau. Det sociale niveau knytter sig dog primært til mændenes familier. Flere af mændene forklarer således, at deres eget helbred påvirker hele familien og omgivelserne. Hvis du er sund og rask, så er der plads til at fokusere på andre og andet end dig selv.

Mændene udtrykker, at det som nytilkommet flygtning i Danmark kan være svært at slå til på flere områder samtidigt, hvilket medfører oplevelsen af et krydspres: På én og samme tid skal de opfylde krav fra de offentlige myndigheder, lære et nyt sprog, muligvis passe et job eller praktik, passe på familien og passe på dem selv. Der er således mange områder i deres liv, de skal kunne håndtere og dette kan være udfordrende. Eksempelvis anser flere interviewdeltagere et job som noget af det vigtigste at opnå, samtidig med at der også er formelle krav fra andre sider, som de skal leve op til. Imens fylder bekymringerne for familie og venner i hjemlandet. Dette har for nogle den konsekvens, at de ikke kan overskue hverdagen og i det hele taget oplever at have et negativt mentalt helbred.

En anden pointe fra interviewene med de mandlige flygtninge omhandler sundhedsforståelsen i Danmark kontra i hjemlandet (Syrien og Eritrea). En respondent fra Eritrea fortæller følgende:

*"Der er et lysår til forskel mellem den måde jeg tænker på, når jeg tænker på sundhed, og den måde I (danskere red.) tænker på. Fordi der hvor jeg kommer fra, så skal vi*

*være kommet ud for ét eller andet, som ødelægger vores krop. Først dér reagerer vi på det. Det er sådan, vi tænker. Sådan som jeg kan ræsonnere mig frem til, er vi uden for det sundhedsfremme som I diskuterer. Men det er ikke, fordi jeg ikke vil lukkes ind i varmen, så jeg forsøger at tænke på Jeres måde for at beskytte mig fremover. Mand fra Eritrea.*

Ovenstående indikerer at der er stor forskel i måden at tænke om og italesætte sundhed på i Danmark sammenlignet med hjemlandet. Respondentens egen måde at tænke på kan beskrives som en 'forebyggende' tilgang, hvorimod der i dansk kontekst særligt lægges vægt på det sundhedsfremmende perspektiv. Sundhedsdiskursen i Danmark kan derved betragtes som *endnu* en normativ ting, som nytilkomne flygtninge møder og prøver at forholde sig til i forsøget på at tilpasse sig til det danske samfund. I forlængelse heraf fortæller en syrisk mand således:

*"Det er meget forskelligt fra et samfund til et andet – fra en kultur til en anden. Når du lever i et samfund, som har et stort fokus på sundhed, bliver du nødt til at relatere til det samfund og den sundhed. Så sundhed er vigtigt, fordi det er vigtigt i det danske samfund. Hvis du ændrer samfund, bliver du også nødt til at ændre dit fokus på sundhed". Mand fra Syrien.*

#### 4.3.2/ Nytilkomne kvinder

##### Fysisk aktivitet og sundhedsfremme

Ifølge de syriske kvinder handler fysisk aktivitet om bevægelse, kondition, sport, at bruge kroppen og gøre en indsats. De syriske kvinder adresserede i forlængelse heraf forskellige argumenter for, *hvorfor* man skal være fysisk aktiv, og fysisk aktivitet udgør en central del af kvindernes opfattelse af, hvad det vil sige at leve sundt. Fysisk aktivitet anses som et middel til at lindre smerter og få en stærkere krop, så man kan klare hverdagens udfordringer. En tilgang der umiddelbart kan minde om mændenes instrumentelle opfattelse. Anderledes italesætter en stor del af kvinderne dog et ønske om at være fysisk aktiv *sammen med andre*, og en af kvinderne nævner desuden glæden ved selve den fysiske aktivitet, det vil sige dens egen-værdi, hvilket er forhold, som mændene ikke pointerer på samme måde. Generelt giver kvinderne udtryk for, at de gerne vil være mere fysisk aktive.

Kvindernes erfaringer med fysisk aktivitet i hjemlandet knytter sig primært til barndommen gennem lege, løb, gåture, udflugter, boldspil og idræt i skolen. I tiden efter skolen dalede deres idrætsdeltagelse. I Danmark relaterer kvindernes erfaringer med fysisk aktivitet primært til gåture, at cykle fra A til B (cykling som transportmiddel), hverdagens gøremål og at jogge.

Kvinderne italesætter en række forskellige forhold, der udfordrer deres nuværende udfoldelse af fysiske aktivitet, hvor manglende tid synes at være den primære barriere. Flere af kvinderne fortæller, hvordan de står for husholdningen og børnene, hvilket ikke efterlader meget tid til at dyrke idræt, selvom de har lyst. Det samme gælder med en for dårlig økonomi, der begrænser dem i at tilmelde sig f.eks. til fitnesscentre. Desuden nævner nogle af kvinderne, hvordan der også kan være kulturelle normer, der begrænser deres kropslige udfoldelse (mere herom i afsnittet om sundhedsopfattelse). En beretning fra en af kvinderne indikerer således, at ægte-mandens holdning kan være endnu en begrænsende faktor:

*"Jeg vil så gerne (være fysisk aktiv red.), men har aldrig undersøgt, om der er nogle løbeklubber eller sådan noget, for min mand siger: "vil du løbe eller lave fysisk aktivitet eller sport eller noget fitness foran mændene?"". Kvinde fra Syrien.*

Opsummerende så begrundede kvinderne ønsket om fysisk aktivitet med at det kan føre til smertelindring, en bedre kondition, væggtab, en stærkere krop og en følelse af at holde sig i gang. En række barrierer udfordrer dog deres muligheder for fysisk udfoldelse.

#### Sundhedsopfattelse

Kvindernes sundhedsopfattelser relaterede sig generelt til områder som fysisk aktivitet, velvære og kost, men også til en refleksion over de markante forskelle, de har oplevet i mødet med en "dansk" sundhedsopfattelse.

Alle kvinderne knytter sundheden med fysisk aktivitet enten udtrykt som sport, motion, bevægelse i dagligdagen, eller det at holde sig i gang eksempelvis ved at have et arbejde. Særligt var velbehag noget mange af kvinderne pegede på som centralt i deres opfattelse af sundhed. Sundheden blev dermed ikke kun forbundet med noget *fysiologisk*, men også til en *følelse*. Denne følelse (af mental sundhed), blev udtrykt i beskrivelser som det at være glad, at have det godt og at grine. Kvinderne reflekterede også over kostens betydning for sundheden. Flere af kvinderne beskrev vigtigheden af at spise sundt. Kage, sødesager, chokolade og arabisk brød blev beskrevet som usunde madvarer, og flere af kvinderne var bevidste om, at indtaget af disse madvarer udfordrer sundheden.

Mange elementer spiller dermed ind på kvindernes sundhedsopfattelse og disse elementer er internt forbundne. Særligt træder den fysiske dimension frem i kvindernes sundhedsopfattelse, hvilket der blev reflekteret over på følgende måde:

*"... men den vigtigste kategori, synes jeg, det er hvis man har det fysisk godt, fejler ikke noget, hvis man ikke fejler kropsmæssigt noget, så kan man godt komme ud og være en del af det sociale. Så kan man godt uden smerte være glad og sådan noget. Hvis man ikke har det fysisk godt, så bliver man lidt mere isoleret, har ikke kræfter til at komme ud. Smerten gør, at man ikke har det godt psykisk, at man ikke kan være deltagende eller være glad. Så det fysiske er den vigtigste del for, at du kan komme videre og være med de andre". Kvinde fra Syrien.*

Dette udsagn udtrykker et slags "sundhedshierarki", hvor fysisk velvære er første niveau og dermed det vigtigste for sundheden, fordi det øger mulighederne for at være social (andet niveau), hvilket yderligere har en god effekt på ens mentale velvære (tredje niveau). Sundhedsopfattelsen viser dermed også, at de forskellige kategorier af sundhed influerer på hinanden, dog tilsyneladende med det fysiske velvære som den primære retningsgiver for sundheden.

Gennem fokusgruppeinterviewet italesatte kvinderne at de har oplevet et andet fokus på og en anden opfattelse af sundhed i deres møde med Danmark. Deltagerne beskrev en særlig "dansk" sundhedsdiskurs, som er kendetegnet ved en individualiseret sundhedsopfattelse og sundhedsfremmende strukturer, som den danske befolkning har været vant til helt fra fødslen.

*"... det er meget struktureret i Danmark (Sundhed og fysisk aktivitet red.). Det er man sådan programmeret til, hvordan man egentlig skal være sund, og hvad man egentlig skal gøre for at være sund her i Danmark. Allerede som barn." Kvinde fra Eritrea.*

*"Allerede når barnet er et par dage gammelt, så går de op i, hvordan barnets udvikling er, og hvor sundt barnet er og senere kommer til at blive." Kvinde fra Syrien.*

Dette store fokus på sundhed og fysisk aktivitet, oplevedes af deltagerne som positivt og som noget godt ved Danmark ift. Syrien: "Vi er begge to enige om, at det er noget, som er rigtig, rigtig godt, og det er superfedt, at der er nogen, som går op i ens børns sundhed" – Kvinde fra Eritrea.

Denne danske sundhedsstruktur og opfattelse er dog også med til at opbygge en række udfordringer og pres på kvinderne, fordi det påvirker kvindernes egen oplevelse af at kunne være sund i Danmark.

*"Når man kommer fra en helt anden kultur, hvor livsstilen har været helt anderledes [...] Og så kommer til Danmark, hvor man skal vænne sig til landet, bo her og prøve at være sund, på den måde Danmark mener er sund. Det er jo lidt svært [...]" Kvinde fra Syrien.*

Ligeledes gives der i fokusgruppeinterviewene udtryk for at forskellige kulturelle normer, havde stor betydning for fysisk aktivitet blandt syriske kvinder. Det indebærer især, at de syriske kvinder i fokusgruppen oplever sig som outsiders i forhold til danske kvinder.

*"Danske kvinder er jo, og i det hele taget danskere generelt, er jo opvokset med de rigtige ressourcer, allerede fra barndommen af. De har lært at bevæge deres krop rigtigt. De har de rigtige ting med helt fra barndommen af, frem for de syriske kvinder; de ved det godt, at sundhed er der, de ved godt, at det eksisterer, men de følger det ikke, [...] og sådan har det altid været." Kvinde fra Syrien.*

Forskellen i sundhedsopfattelse er ifølge de syriske kvinder forbundet med de "danske" normer, hvor de oplever sig selv som en ensartet gruppe som forskellig fra danske kvinder:

*"Danske kvinder, helt almindelige kvinder, hvis de ser en kvinde med tørklæde, der løber, så vil de tænke; det ser da helt forkert ud. Det ser da lidt mærkeligt ud eller et eller andet. Det fungerer ikke helt [...]"*

*Moderator: "Men synes I, at det er underligt, at danske kvinder løber?"*

*"Det ser ikke forkert ud til danske kvinder, når de løber. Det ser meget rigtigt ud. Det er også det, som de [syriske kvinder] har været vant til, siden de er kommet til Danmark. Det ser meget okay ud. Men det vil se rigtig forkert ud, hvis en kvinde med tørklæde løber, og ikke har det rigtige tøj på, fordi det er meget upassende, at man løber. Det ser forkert ud. Og der vil blikkene være anderledes." Kvinder fra Syrien.*

Disse citater vidner om en følelse af ikke at passe ind, hvilket bindes op på en ydre dimension. Frygten for at "se mærkelig ud", "forkert ud", og få "anderledes blikke" gør, at de syriske kvinder ikke har lyst til at løbe ture i det offentlige rum, som mange danske kvinder ellers gør. Dermed giver kvinderne udtryk for følelser af fremmedgørelse i forhold til at deltage i idræt i Danmark. Kvinderne kategoriserer sig selv som 'forkerte' i modsætning til de 'rigtige' sunde danskere. I tillæg hertil gav flere af kvinderne også udtryk for, at de føler sig som afvigere, fordi de oplever, at der ikke er plads til, at kvinder med tørklæde kan være fysisk aktive i Danmark.

#### Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet blev overordnet oplevet positivt af kvinderne, hvilket stod i kontrast til mænedene, der oplevede udfordringer forbundet hermed.

De gode oplevelser var i mange tilfælde knyttet til den behandling, de har modtaget af det sundsfaglige personale, som blev beskrevet som omsorgsfuldt og dygtige:

*"... jeg føler læge, sygeplejerske, de er lige som engle her i Danmark, at den måde, de behandler folk med [...] Men selve mennesker, altså om det er læger, sygeplejerske, de er meget medmenneskelige. Når man er ked af det, så kommer de og trøster og sådan noget [...]" Kvinde fra Syrien.*

Det danske sundhedspersonale bliver her sammenlignet med engle og beskrevet som medmenneskelig og denne form for pleje – der rækker ud over den fysiologiske og medicinske behandling – giver kvinderne udtryk for at de ikke vant til fra deres hjemland.

På trods af de fremlagte positive fortællinger giver nogle af de syriske kvinder også udtryk for, at de har oplevet udfordringer i mødet med det danske sundhedsvæsen. Disse udfordringer er blandt andet knyttet til den anderledes struktur af sundhedsvæsenet, usikkerhed omkring behandling og sproglige udfordringer.

De strukturelle udfordringer blev knyttet til behandlingsprocessen i det danske sundhedssystem, der ifølge kvinderne tager lang tid, fordi den fysisk ofte foregår på mange forskellige steder og samtidig udføres af mange forskellige behandlere. Denne struktur står i modsætning til det syriske sundhedssystem, som det fremgår af citatet:

*"Det der er, hvis jeg skal give et eksempel: en gravid kvinde. Her [i Danmark red.] skal hun til egen læge, skal hun til jordemoder, skal hun til sygehuset, og så skal, i den her uge, skal hun ultralydsscannes - alt DET her, og det er forskellige steder. Hos os [i Syrien red.] skal en gravid kvinde til gynækologen, hun starter der, og hun slutter der. Der er ikke noget med, at hun bliver kastet ud i forskellige steder og i forskellige uger. Jeg føler, det gør det, lidt mere nemmere. Giver mere ro og overskud. I forhold til her, jeg føler man bare bliver kastet rundt - i den her uge her, i den her uge der. Og den ene i Viborg og den anden i andet sted" Kvinde fra Syrien.*

Det danske sundhedssystem lader altså til at virke uoverskueligt til tider, fordi kvinderne oplever der som om, de bliver "kastet" rundt i systemet (mellem steder og behandlere). I Syrien foregår behandlingen ét sted og udføres af den samme behandler, og på den måde, er der mere ro omkring patienten. Uroen kan også hænge sammen med en usikkerhed, som flere af kvinderne – dog på forskellig vis – har oplevet i mødet med det danske sundhedssystem eksempelvis i forhold til sproget:

*"... Men selve behandlingen eller operationer, så synes jeg faktisk ikke, ikke helt [er så god red.]. Jeg ved ikke om det er sprog, eller hvad nu det er, det ved jeg ikke". Kvinde fra Syrien.*

*"... problemet er også, når der er tolk til stede og ikke alle tolke kan formidle det der bliver sagt fra lægens side eller fra min side af rigtig. Jeg kan huske en gang jeg var ude og for at få taget røntgenbillede af mine ben, og de forklarede hvad det var. Jeg forstod intet [...] De hentede en kurdisk tolk, men vedkommende var fra Tyrkiet, som jeg ikke fattede en brik af hvad hun sagde." Kvinde fra Syrien.*

Opsummerende giver kvindernes fortællinger et indblik i, hvordan de oplever forskellene mellem det danske og det syriske sundhedsvæsen. De adresserede således fordele og ulemper ved begge systemer. I hovedstaden i Syrien udøves behandling på sygehusene hurtigt og effektivt af dygtige læger, og som patient bliver man ikke en kasterbold mellem forskellige afdelinger og behandlere. Til gengæld er behandlingen dyr, og derfor forbeholdt de mennesker, som har penge. Som kontrast til det syriske sundhedssystem beskrev nogle af kvinderne processen i det danske sundhedsvæsen som uoverskuelig og til dels langsommelig, idet behandlingen ofte foregår flere forskellige steder og udføres af forskellige behandlere, som man skal have en tid hos. Konsekvensen heraf er, at processen tager længere tid, end de har været vant til i Syrien. I tillæg hertil gav en af kvinderne udtryk for en usikkerhed forbundet med operationer og formidlingsproblemer mellem tolk, læge og patient. Omvendt fremhævede kvinderne dog en række positive aspekter, forbundet med mødet med det danske sundhedsvæsen: det omsorgsfulde personale, tillid til lægerne, den gratis behandling og oplevelsen af at rige og fattige bliver behandlet på samme måde. Nogle af kvinderne har lagt mærke til, at der er en

anden tilgang til brugen af medicin i Danmark sammenlignet med Syrien. I Syrien fik de nemlig ordineret medicin med det samme, hvorimod deres erfaringer med det danske sundhedssystem er, at der i behandlingsprocessen bliver givet mindre medicin, og at der er et fokus på, i første omgang, at lade kroppen selv bearbejde sygdomme:

*"forskellen er også her, at lægerne er mere tålmodige og de giver kroppen tid til selv at bekæmpe sygdommen. Da jeg var i Syrien, næsten hver måned da tog jeg antibiotika på grund af altid jeg har hævede mandler og ondt i halsen. Her jeg tager til lægen: "drik noget varmt", "vand" og alt det her. Og jeg lagde mærke til, det giver lov til kroppen selv at bekæmpe alt det her, og jeg lagde mærke til, at det gør, at jeg virkelig bliver mindre og mindre syg" Kvinde fra Syrien.*

Så de nytilkomne kvinder oplever altså tilgangen til brug af medicin i Danmark som "tålmodig" og giver udtryk for erfaringer af, at denne tilgang er positiv.

#### 4.4/ Sammenfatning

De nytilkomne kvinder oplever flere barrierer end mændene ift. at være fysisk aktive og leve sundt. Barriererne har dels kulturel karakter (i form af divergerende opfattelser af bl.a. køn og fysisk aktivitet), men også oplevelsen at mangesidede krav (i hjemmet, sprogskole, praktik og evt. job) vanskeliggør kvindernes deltagelse i fysisk aktivitet og prioritering af sundhed. Det er således især kvinderne blandt de nytilkomne der oplever et krydspres mellem forventninger om job, uddannelse, integration, deltagelse i sundhedsfremme etc., fra samfundets side og deres egne og familiens forventninger til dem. Kvinderne oplever dette pres som svært at leve op til og udtrykker samtidig, at de ikke har ressourcer nok til at kunne leve sundt og være fysisk aktiv, hvilket fører til en følelse af at skuffe sig selv og andre. Endvidere peger kvinderne i deres beskrivelse af fysisk aktivitet og sundhed på flere dimensioner end mændene. Det kommer særligt til udtryk ved, at kvinderne udpeger ikke alene de fysiske og mentale effekter, men også den sociale trivsel der kan følge med deltagelse i fysisk aktivitet og leve sundt. Generelt var kvindernes besvarelser præget af en kollektiv tilgang til sundhed, hvor fokus ikke alene er på egen sundhed, men på kvindernes rolle i forhold til at fremme hele familiens trivsel og håndtering af nye opgaver og forventninger i Danmark.

Flere af kvinderne beretter om positive oplevelser med det danske sundhedsvæsen. De gode oplevelser var i mange tilfælde knyttet til den behandling, de har modtaget af det sundhedsfaglige personale, som blev beskrevet som omsorgsfuldt, dygtigt og som medmenneskelige. Kvinderne gav dog også udtryk for, at de har oplevet udfordringer i mødet med det danske sundhedsvæsen. Disse udfordringer er blandt andet knyttet til den anderledes struktur, usikkerhed (over deres fremtid) og sproglige udfordringer.

For de nytilkomne mænd er fysisk aktivitet i højere grad et middel til at opnå bedre sundhed (og dermed opkvalificere egne muligheder i samfundet). Fysisk aktivitet blev beskrevet som et 'forsvar' mod de krav, de oplever i mødet med det danske samfund (bl.a. introduktionsprogrammet for nytilkomne der er rettet mod, at de skal blive slevforsørgende med job og sprog, samt kunne tage ansvar for egen familie). Formentlig afledt heraf beskriver de nytilkomne mænd især sundhedens fysiske og psykiske elementer og i mindre grad betydningen af sociale trivsel. Den sociale betydning af at deltage i fysisk aktivitet og idræt sammen med andre bliver altså ikke tilskrevet værdi i sig selv.

Der er således generelt en forskel i de nytilkomne mænd og kvinders sundhedsopfattelse og tilgang til fysisk aktivitet. Samtidig beskriver både de mandlige og kvindelige nytilkomne en udbredt diskurs om sundhedsfremme i Danmark, som de føler sig udenfor. De har oplevet at den måde der tænkes, tales og fokuseres på den enkeltes ansvar for egen sundhed i Danmark

er en anden end den, de har været vant til i deres hjemland. Mødet med denne individualiserede og "normative" opfattelse af, at sundhedsfremme er en vigtig del af det at være borger i Danmark, ser ud til at påvirke de nytilkomnes følelse af at være anderledes og ikke have ressourcer nok til fysisk aktivitet og sund levevis.



## Del 2: Sundhedskoaching

### 4.5/ Formål

Som opfølgning på kortlægningen af nytillkomnes behov, interesser og erfaring, søges det at afprøve en konkret indsats som kan ansprende sundhedsfremme.

Coaching benyttes i stigende grad inden for mange livs- og arbejdsområder som værktøj til menneskers læring og udvikling (Cox, Bachkirova & Clutterbuck, 2010). Coaching med sundhed som tema har også tidligere skabt gode resultater i sammenlignelige målgrupper (Rose & Jones, 2007; Meyer & Bouche, 2010; Ryom, 2017). Tidligere forskning peger også på, at gruppecoaching i modsætning til individuel coaching er særligt egnet til at udvikle social tilfredshed, generel trivsel, oplevet succes og øge deltagernes engagement både individuelt og som gruppe (Stelter et al. 2011; Stelter 2014). Gruppecoaching kan således defineres som sociale processer, hvorigennem gruppedeltagerne motiveres til at støtte hinanden og skabe nye perspektiver for dem selv og hinanden.

I gruppecoaching fungerer coachen (og hele gruppen) som deltagere og ressourcepersoner i samtalen, hvor coachen overvejende formulerer spørgsmål med det formål at bringe deltagerne derhen, hvor de dybest set selv ønsker at flytte sig hen. Til dette benyttes bl.a. motivation interviewing som en tilgang i samtalerne, der er rettet mod at skabe motivation blandt deltagerne eksempelvis for at fremme egen sundhed (Britt et al., 2004; Martins & McNeil, 2009; Hardcastle & Hagger, 2011).

Forskning peger på, at en kombination af coaching og mentoring kan omfavne diversiteten i nytillkomne flygtninges og familiesammenførtes bagage og de tilgange, der er udbredt i det samfund, de ankommer til (Abbott, Gilbert & Rosinski, 2013). Nytillkomne fra ikke vestlige lande har ofte et forhåndskendskab og accept af den mesterlære, som ligger til grund for mentoring. Coaching, derimod kan anskues som værende en repræsentation af den individualistiske og selvrealiserende vestlige verden (Stelter, 2014), som de nytillkomne nu står overfor og skal lære at navigere i. Dermed er kombinationen af coaching og mentoring på en gang velkendt og udfordrende for nytillkomne flygtninge og familiesammenførte.

Forløbet var dog hovedsageligt opbygget med tanker på coaching, men der har altså også været aspekter af mentoring undervejs. Distinktionen imellem coaching og mentoring bliver ofte misforstået og er for mange uklar. Ligeledes antages det ofte, at man udelukkende kan arbejde med den ene eller anden tilgang (enten-eller-filosofi).

Den almindelige forståelse beskriver Clutterbuck (2008) således: *"Coaching in most applications addresses performance in some aspect of an individual's work or life; while mentoring is more often associated with much broader, holistic development and with career progress"*.

I dette forløb er der dog valgt ikke at adskille imellem disse to begreber på ovenstående måde. I en sådan forstand kan det også siges, at begreber flyder mere sammen i dette projekt end i den definition, som Clutterbuck (2008) præsenterer. Som et resultat af dette valg har der også indgået mentorelementer (forstået som mere direkte hjælp med fx skolearbejde eller andet) i forløbet, afhængigt af hvor deltagerne har befundet sig i deres livsforløb, og hvilket behov de har haft og givet udtryk for.

## 4.6/ Forløbets struktur (samlet plan og overblik)

Dag	Målsætning	Indhold og metode				
1. Kl. 12- 14	1) Præsentation og introduktion  2) Lære hinanden at kende; skabe tillid  3) Forventningsafstemning  4) At få udfoldet sundhedsbegrebet	1) Sidder i en rundkreds. Coaches sidder iblandt. Coaches introduceres.  2) Øvelse: Tegn hinanden.  3) Gruppearbejde: Hvad skal der til for, at jeg føler mig tryk, tænk på nogle sammenhænge, hvor du har følt dig godt tilpas og kunnet være den du er? Hvad var til stede her? Opsamling og udarbejdelse af 'psykologisk kontrakt' (for deres fælles gruppe).  4) Hvad er SUNDHED i bred forstand? Alle også coaches tager et billede, som siger noget om sundhed for dem, hvorefter alle i rundkredsen fortæller hvorfor de netop har valgt det billede.				
2. Kl. 12.00 – 13.30	1) Fælles runde - siden sidst? Skabe tillid.  2) At få udfoldet sundhedsbegrebet og afklaring på forskelle i sundhedsopfattelser	1) Sidder rundt om bordet og fortæller hvad der er sket siden sidst hos deltagerne og coaches.  2) Walk and talk øvelse... Man går to og to .... coaches er med.  Tema til gåturen: Forskelle på sundhed i hjemland og Danmark. Nogle hjælpeord til at tage med - tænk på: Mad, fysisk, socialt, økonomi, mentalt, fællesskab, ensomhed, sygdom mm.  3) Opsamling med visuelt stillads, hvert gruppe fra gåturen, udarbejder et visuelt stillads og fortæller om det <table><tr><td>Sundhed Hjemland + (hvad er godt?)</td><td>Sundhed Danmark + (hvad er godt?)</td></tr><tr><td>Sundhed Hjemland – (hvad er skidt?)</td><td>Sundhed Danmark – (hvad er skidt?)</td></tr></table>	Sundhed Hjemland + (hvad er godt?)	Sundhed Danmark + (hvad er godt?)	Sundhed Hjemland – (hvad er skidt?)	Sundhed Danmark – (hvad er skidt?)
Sundhed Hjemland + (hvad er godt?)	Sundhed Danmark + (hvad er godt?)					
Sundhed Hjemland – (hvad er skidt?)	Sundhed Danmark – (hvad er skidt?)					
3. Kl. 12.00- 13.30	At skabe bevidsthed om egen situation i forhold til sundhed. Awareness og evt. hvad er det, man gerne vil opnå med sin sundhed?	1) Starte med at sidde rundt om bordet  2) Siden sidst  3) Kort præsentation  2) Samtaler om sundhed med fokus på: Sport, familie, velvære, økonomi, bevægelse, venner/fællesskaber.				

		Spørgsmål ved brug af den protreptiske tilgang <sup>4</sup> : Hvordan forstås ordene, der tales om?  Evt. gøre brug af 5F modellen hvis tid og mulighed.
4. Kl. 12.00-13.30	Arbejde videre fra session 3	1) Starte med at sidde rundt om bordet  2) Siden sidst  3) Kort præsentation  2) Samtaler om sundhed med fokus på: Sport, familie, velvære, økonomi, bevægelse, venner/fællesskaber. Spørgsmål ved brug af den den protreptiske tilgang: Hvordan forstås ordene, der tales om?  Evt. gøre brug af 5F modellen hvis tid og mulighed.
5. Kl. 12.00-13.30	Arbejde videre fra session 4	Samme som sidst.  Derudover dialog om familie og økonomi. De vælger et foto hver og går herefter en lille tur to og to, hvor de hver især snakker om det billede, de har valgt.
6. Kl. 12.00-13.30	At få præciseret et sundhedsfremmende mål for den enkelte og finde nye handlemuligheder	Alle tegner deres drøm i forhold til sundhed og på skift tales om drømmen og vejen derhen. Der tales også om muligheder og udfordringer i gruppen.  Formel afslutning, med hjælp og anvisning til at gå videre med deres drøm.

#### 4.7/ Primær coaching teknik

5 F modellen (Moltke & Molly, 2009) baseret på Appreciative Inquiry som coachingteknik:

##### Fase 1. Fokus - skab den ressourceorienterede kontakt

- Hvad er dit fokusområde?
- Hvad er dit største ønske i forhold til din problemstilling?
- Hvad ville gøre dig stolt, hvis du kunne lykkes med det, du gerne vil?
- Hvilke værdier vidner dit ønske om hos dig?
- Når du nu ser på, hvad vi har talt om, er formuleringen den rigtige eller skal der omformuleres?

##### Fase 2. Forstå – at tage det bedste med fra fortiden

<sup>4</sup> Protreptisk tilgang er baseret på et klassisk, græsk dialogkoncept, hvis intention er at vende (protrepo) den enkelte mod sine egne grundholdninger, basisværdier og væremåde. I dette tilfælde sundhed, hvor den enkelte konfronteres med, hvordan han/hun vil med sit liv som menneske qua en dialog igennem værdier og holdninger.

- Fortæl om engang, hvor du var meget engageret i noget, der ligner det du gerne vil opnå nu.
- Hvad er de vigtigste erfaringer, du allerede har omkring det, du ønsker at udvikle?
- Hvornår er du i andre sammenhænge lykkedes med det?
- Hvad var det der lykkedes?
- Hvilken rolle spillede du selv i at det blev en god oplevelse?
- Hvilken rolle spillede andre og hvordan hjalp det dig?
- Hvornår tror du din leder eller kolleger ville sige, at du tidligere er lykkedes med noget der ligner den nuværende problemstilling?
- Hvilke erfaringer fra anden episode kan overføres til denne episode?
- Har du set andre lykkes med det, du gerne vil udvikle og er der noget, du kan blive inspireret af?

#### **Fase 3: Forestil – at forestille sig den ønskede fremtid (visualisering)**

- Forestil dig at du er lykkedes med at skabe, det du ønsker<sup>5</sup>, Hvordan vil det se ud?
- Hvilke tegn ville du registrere, når du er lykkedes med at skabe, det du ønsker?
- Hvilke tegn vil andre kunne se på at det er lykkedes?
- Hvordan har du det med dig selv, når du ser på den ændring, der er sket?
- Hvem vil særligt lægge mærke til og sætte pris på ændringen?
- Hvilke relationer og situationer vil ændringen muliggøre?
- Beskriv så konkret som muligt hvad forskellige aktører gør og tænker

#### **Fase 4. Fastslå – at opstille de ønskede mål**

- Hvilke mål og milepæle vil være relevante i forhold til at realisere din vision og din ønskede fremtid?
- Hvilken effekt ønsker du, det skal have på organisationen og din egen karriere?
- Hvilke tegn vil man kunne se undervejs på at du er på rette vej?
- Hvem kan understøtte din vej hen mod målet? Evt. fastholde dig?
- Hvilke ting kan undervejs give motivation og energi til projektet?

#### **Fase 5. Frigør – at blive klar over de første skridt**

- Hvad tager du med dig fra denne samtale i forhold til din problemstilling?
- Hvad er den mindste ændring, du kan gøre nu – med størst virkning?
- Hvad er det første du vil gøre?
- Hvad vil det første tegn være for dig selv på, at du tænker anderledes om dette?
- Hvordan vil andre lægge mærke til det, og hvordan vil andre se på dette skridt?
- Hvornår vil du gøre det?
- Hvilken effekt håber du det vil få?
- Hvem kan understøtte dig i at gøre det? Hvordan vil du inddrage andre?
- Hvad er det værste, der kan ske, hvis det ikke går helt, som du har forestillet dig?

### **4.8/ Selve forløbet**

Samlet bestod sundhedsscoachingforløbet på sprogcenteret af 6 sessioner á 1½ times varighed pr. gang. Sessionerne blev afviklet efter frokost og i deltagerens almindelige kursustid. Der blev fra sprogcenteret stillet et fast lokale til rådighed ligesom sprogcenteret hjalp med at rekruttere frivillige deltagere. Disse blev rekrutteret blandt DU3<sup>5</sup> kursisterne, det vil sige de dygtigste dansktalende kursister på sprogcenteret. Valget af denne gruppe var især initieret af at Sprogcenter Midt også gerne så at forløbet kunne være med til at udvikle kursisternes danskkundskaber, som er centerets naturlige fokus. Der var fem frivillige deltagere i forløbet, og to frivillige

<sup>5</sup> Dansk Undervisning 3 (se mere her: <https://www.sprogcentermidt.dk/dansk-for-alle/du-dansk/>)

coaches, begge ansat ved Region Midt, som stod for afviklingen af coachingforløbet. De frivillige deltagere var alle med flygtninge baggrund, havde forskellige aldre og forskellige familieforhold (nogle er forældre, mens andre ikke er det).

Efter forløbet blev der afviklet interviews med tre af deltagerne der omhandlede deres oplevelser med forløbet. Disse interviews blev afviklet umiddelbart efter den sidste coachingsession på sprogcenteret og varede mellem 20-30 minutter.

Der blev ligeledes afviklet interviews med de to coaches om deres oplevelse af forløbet. Disse interviews blev afviklet en uge efter sidste coachingsession i Region Midtjyllands lokale på Paludan-Müllers Vej, Aarhus. Disse interviews varede ca. 45 minutter.

Sprogcentrene i Danmark er generelt udfordret af fravær blandt kursister. For Sprogcenter Midt i Silkeborg blev fraværet blandt flygtninge på integrationsydelse, opgjort til 30% (Sprogcenter Midt, 2018). Typiske årsager til fravær blandt kursister er arbejde/praktik, familieforpligtelser og sygdom.

Fravær blandt deltagerne i afprøvningen af sundhedsscoaching, medførte også udfordringer i det at gruppen sjældent var fuldtallig. Deltagerantal varierede fra 2-5 deltagere, hvilket havde en indflydelse på dynamikken fra gang til gang. Men da det er et generelt problem på sprogcentrene, må det anses som en reel repræsentation af virkeligheden og derfor gjort afprøvningen af sundhedsscoachingforløbet realistisk.

Baseret på erfaringerne fra del 1 af denne rapport, blev det besluttet at tage udgangspunkt i sundhedsscoaching blandt kvinder som særligt betydningsfuldt. Dette grundet deres særlige fokus på sundhed sammenlignet med mændenes mere instrumentelle forståelse heraf. Dertil kommer det faktum, at flere kvinder end mænd oplever isolation og ensomhed, blandt andet grundet en lavere grad af tilknytning til arbejdsmarkedet (Arendt, 2019). Nyetablerede sundhedsscoachinggrupper, kunne måske være en betydningsfuld indsats for netop denne målgruppe.

#### 4.9/ Deltagere

Kvinde 1: Fra Iran. 35år. Gift. Boet i Danmark siden 2014. Har læst på universitet i Danmark og Iran. Intet arbejde.

Kvinde 2: Fra Syrien (men fra det Kurdiske område i nord). 29 år. Gift. 1 barn på 4år. Har boet i Danmark i 2 år og 4 måneder. Intet arbejde.

Kvinde 3: Fra Syrien. 24 år. Gift. Har 2 små drenge i Danmark. Har boet i Danmark i 4 år. Intet arbejde.

Kvinde 4: Fra Syrien. 63 år. Gift. Har to voksne 2 sønner i Danmark, 2 voksne døtre i Syrien og en datter i et østland (Europa). Har 5 børnebørn. Boet i Danmark i 1 år 4 måneder. Har tidligere arbejdet som lektor i engelsk i Syrien. Intet arbejde.

Kvinde 5: Fra Syrien (men fra det Kurdiske område i nord). 32 år. Gift. Har 3 børn under 7år. Er i praktik i en børnehave. Har boet i Danmark i 2 år.

#### 4.10/ Coaches

Randi Dahl Kristensen (R1). Uddannet sygeplejerske. Certificeret coach. Ansvarlig for sundhedsscoaching uddannelsen ved Region Midtjylland og andre kurser i dette regi.

Conny Henneberg (R2). Uddannet sygeplejerske. Certificeret coach. Ansvarlig for sundhedscoaching uddannelsen ved Region Midtjylland og andre kurser i dette regi.

#### 4.11/ Deltagernes oplevelser med coachingforløbet

Deltagerne oplevede de frivillige coaches som dygtige, supporterende og gode til at skabe en tryk atmosfære. Disse elementer var især vigtige for deltagerne, da de ikke var vant til at tale dansk med andre end deres undervisere på sprogcenteret.

En af kursisterne forklarede det på denne måde: *"De er dygtige kvinder. De kan forklare, hvis jeg spørger 'hvad er det, hvad er det, hvad betyder det?', de er dygtige til at forklare". Kvinde fra Syrien.*

En anden deltager oplevede også, at de frivillige coaches var gode til at tilpasse sig den målgruppe de har med at gøre eksempelvis i forhold til, hvordan de formulerer sig: *"Og de snakker langsomt, man kan snakke sammen på vores hold, vi forstår alle hvad de siger." Kvinde fra Syrien.*

Qua gruppens omstændigheder er det altså vigtigt at tænke godt over formidlingen fra coachene, da det har en stor betydning for deltagernes udbytte og motivation.

Samtidig spillede atmosfæren til coachingsessionerne en stor rolle for deltagerne: *"Det er gode kvinder (coachene red.) og vi er trygge ved at snakke med og den atmosfære de skaber, er god." Kvinde fra Iran.*

Det synes vigtigt, som i al anden coaching, at være særlig opmærksom på atmosfæren der skabes, da den har indvirkning på deltagerne, især når der arbejdes med gruppecoaching (Stelter, 2014). En god og tryk atmosfære vil også anspore social støtte, som en af deltagerne også udtrykte som det særligt positive ved coaching: *"Ja support, støtte. Du er her og holdet supporter hinanden." Kvinde fra Syrien.*

Den sociale gevinst som her italesættes, er også beskrevet i studier om gruppecoaching (Nielsen et al., 2015), hvorfor deltagernes erfaringer her er i overensstemmelse med forskning på området. Sundhedscoaching synes altså potentielt at kunne udvikle sociale relationer og genere en tryk, som nytilkomne flygtninge især kan have brug for i kraft af deres prekære situation.

#### 4.12/ Coaching giver også en mulighed for at lære at tale dansk igennem 'rigtige' samtaler.

For deltagerne var det også en betydelig gevinst, at coachingsamtalerne foregik på dansk og det udfordrede dem på måder, som de ikke nødvendigvis oplevede på sprogcenteret. Dette relaterede sig især til muligheden for at snakke dansk med andre end deres undervisere, hvilket flere deltagere fandt yderst givende, da de ellers sjældent oplevede muligheder for at tale dansk med andre danskere uden for sprogcenteret.

*"... jeg lærer mere her, om forskellige ting. Og så det er praktisk for mig til at lytte til danskere fordi min lærer snakker meget rent, hun udtaler det hele og langsomt, men I snakker hurtigere, som almindelige danskere, så det er også godt for mig." Kvinde fra Iran.*

At introducere nogle frivillige dansktalende coaches, synes altså ud over coaching at give nogle muligheder som lapper ind i sprogundervisningens almindelige virke og dermed kan assistere denne. Som en deltager kort formulerede det: *"Det er fint, fordi vi lærer dansk." Kvinde fra Syrien.*

#### 4.13/ Selve oplevelsen med sundhedskoaching:

Omkring det at blive introduceret til sundhed igennem sundhedskoaching, oplevede deltagerne som værdifuldt. Det var for deltagerne lidt en selvfølge: *"Selvfølgelig, selvfølgelig. Vi bør snakke om de emner, fordi det er vores eget liv og hvis vi har en god sundhed, så betyder det, vi er glade og kan arbejde godt."* Kvinde fra Syrien.

Samtidig oplevede deltagerne også, at det at det foregik i gruppeform var en rar måde at tale om sundhed på: *"Ja, det er godt at vi sidder sammen flere og taler om det, fordi vi tager ord fra hinanden og giver ord til hinanden. Interviewer: Så I deler jeres erfaringer med hinanden? Og lærer af hinanden? Ja!"* Kvinde fra Syrien

Netop dette forhold at deltagerne kunne lære af hinanden, kan også forstås som en bevidningsstrategi (Stelter, 2014), hvilket kan opleves meget værdifuld for deltagerne. Andres bekræftelse og læring af andre, kan være stærke erfaringer, som indlejres hos deltagerne i højere grad end blot det at lære om fx sundhed. Denne bevidningsstrategi er især brugt i narrative tilgange i coaching og har tidligere vist sig brugbar i gruppecoaching med etniske minoritets grupper (Ryom et al., 2017).

Desuden oplevede deltagerne det positivt at tale om forskellige emner af betydning for dem i relation til sundhed: *"Ja, vi snakker om forskellige emner med dem, kost og sport også fysisk og mental sundhed"*. Kvinde fra Iran

Sådanne varierede emner om sundhed blev opfattet positivt af deltagerne, som generelt fandt sundhed interessant og betydningsfuldt. Dette forhold kan hænge sammen med at deltagerne var kvinder, som jf. del 1 af denne rapport også synes at opleve sundhed som mere betydningsfuldt på flere parametre end mandelige flygtninge.

Samtidig rapporterede kvinderne enstemmigt, at de følte tilbuddet var relevant i relation til sprogskolen og så længe de kunne nå deres andre forpligtelser såsom forberedelse til undervisning, job/praktik og familieforpligtelser (lave mad, passe børn, ordne hjemme etc.): *"De giver os fri til at komme her. Så nej det er ikke problem. Også det vi kan gøre det mens vi er i skole, det er godt."* Kvinde fra Syrien.

Som en kuriøs detalje oplevede kvinderne, at sundhed ofte i deres familie blev et problem i relation til deres mænd, som ikke oplevede sundhed så betydningsfuldt. *"Nej, nej der er lidt problemer med mænd. Vi (kvinder red.) vil gerne spise andre ting, hvis jeg vil gerne spise frugt og grøntsager, og jeg vil gerne spise grød. Men de elsker fedt, meget fedt. Fordi de vil gerne have store muskler."* Kvinde fra Syrien.

Samtidig oplevede deltagerne, at det at tale sammen med to sundhedsscoaches med dansk baggrund kunne være givende i forståelsen for hinanden. Det blev blandt andet udtrykt på denne måde: *"Det er en anden kultur, anden spisning, sport, hvordan laver man for eksempel sport i Iran eller i Syrien eller her i Danmark. Her i Danmark er der mange mennesker der laver sport, som løb, i Syrien har vi ikke løb, kun i fitnesscenter."* Kvinde fra Syrien.

Således tyder det altså på at deltagerne igennem sundhedskoaching kan få adgang til og tale om den særlige danske måde at forstå sundhed og fysisk aktivitet på. Dette er netop en interessant iagttagelse, da det var et af de forhold som del 1 i denne rapport, fandt at nyttilkomne kvinder oplevede som svært. Således synes der at være et potentiale i sundhedskoaching og nogle af de udfordringer som også bliver beskrevet i denne rapport.

#### 4.14/ Overvejelser omkring sundhedscoaching i den specifikke kontekst

- Der behøves ikke tolk i samtalerne, når kursisterne er fra DU3. Når der tales langsomt går det fint. Et par enkelte gange, oversatte deltagere for hinanden.
  - Deltagerne vil gerne lære dansk og er motiveret for at tale om sundhed. Vil gerne tale dansk på møderne og lære om dansk kultur. På den måde fungerer gruppetilgangen rigtig godt også uden tolk
- De øvelser, der introduceres, skal være simple.
  - Det var godt at bruge billeder i samtalerne, hvormed deltagerne fik talt om, hvad der betød noget for dem, i forhold til sundhed.
  - Fælles samtaler og opsummering på tavlen gav anledning til gode refleksioner vedr. sundhed. Ligeledes delte deltagerne erfaringer og gav råd til hinanden om steder man kunne være fysisk aktiv, fx gå til gratis fitness i sundhedshuset.
  - Det fungerede godt at tale om betydningen af ordene, da der var en del forskelle i forståelse fx et ord som velvære eller bevægelse kontra sport.
  - Familien var et betydningsfuldt emne for kvinderne og dermed et vigtigt emne at tage op i samtalerne.
- Det blev i fællesskab besluttet at samtaler optimalt varede 1 – 1½ time, så deltagerne også kunne nå at forberede sig til deres næste undervisning. Her kunne coachene også hjælpe til og blev indimellem spurgt om råd til opgaver, om end det ikke var deres fokus.
- Generelt virkede deltagerne motiverede, var positive og havde et godt humør.

#### 4.15/ Sammenfatning

Deltagerne oplevede sundhedscoaching som værdifuldt. Sundhedscoaching i grupper er ifølge deltagerne en rar måde at tale om sundhed på. Kvinderne rapporterede enstemmigt, at de følte tilbuddet var relevant i relation til sprogskolen, så længe de kunne nå deres andre forpligtelser såsom forberedelse til undervisning, huslige- og familiære opgaver eller job/praktik. Deltagerne angav at det var givende at tale sammen med to sundhedscoaches med dansk baggrund, og det var med til at øge forståelsen for hinandens forskelligheder. Samtidig fremhævede coachene, at det var interessant at arbejde med gruppecoaching på den måde, de har gjort, og de har en klar fornemmelse af, at det gav mening for de deltagende. Coachene forklarede, at sundhedscoaching som en del af sprogundervisning repræsenterer et samtaleforum og et rum, der centrerer sig om sundhed, men som samtidig har et sprogligt udbytte. Coachene har et indtryk af, at sundhedscoachingen i højere grad har rykket ved deltagernes mentale sundhed end deres fysiske sundhed.

#### 4.16/ Fremtidigt arbejde

Afprøvningen af sundhedscoachingforløbet giver et indblik i, hvordan en sundhedsfremmende indsat kan tage form. Deltagerne har frivilligt taget del i samtalerne, og deres ønsker og behov er blevet integreret i udformningen af sessionerne. Sundhedscoachingen er ikke uden udfordringer eksempelvis i forhold til antallet af deltager, der møder op, og de sproglige forskelligheder der vil opstå (som fx den umiddelbare forståelse af et begreb som sundhed på dansk kontra arabisk).

Jævnfør rapportens del 1 er den omtalte gruppe af deltagere udsat for et stort mangesidet pres. Derfor skal sundhedscoachingen ikke blive endnu en byrde eller et pres, som flygtninge



skal udsættes for. Resultaterne præsenteret her, ligger op til, at det overvejes om sundhedscoachingen skal være en integreret del af sprogundervisningen eller om den skal udformes som en særskilt aktivitet, der eventuelt fortsat kan foregå på sprogcenteret, i kursisternes vante rammer, men som forvaltes af en udefrakommende part. Disse forhold er vigtige at overveje og tage højde for, så indsatsen ikke ender med at blive uden forvalter, for så er det svært at gøre brugerne til medejere.

## 5.0 Praktiske implikationer

### Centrale overvejelser i arbejdet med nytilkomne flygtninge og familiesammenførte

- Nytilkomne flygtninge og familiesammenførte oplever et krydspres fra mange sider (det offentlige, sprogcenter, lokalsamfund, familie osv.), som de ikke alle har ressourcer til at håndtere, hvilket kan føre til en følelse af manglende overskud til at tage vare på egen sundhed. Desuden fylder bekymringer om situationen i hjemlandet en del for mange. Det er derfor vigtigt, at tage udgangspunkt i den enkelte nytilkomnes situation, når eventuelle sundhedsindsatser implementeres. Sundhedsscoaching er en sådan indsats, der kan bidrage til, at den enkelte bliver bedre i stand til at håndtere og prioritere de forskellige krav og forventninger, og samtidig have egen og andres trivsel for øje.
- Det er også centralt, at kende til den betragtelige variation blandt forskelle grupper af nytilkomne og mellem mænd og kvinders forståelse af fysisk aktivitet og sundhed. Især oplever nogle kvinder restriktioner for kropslige udfoldelser, hvilket sandsynligvis bunder i anderledes kulturelle normer. Dette er vigtigt at være opmærksom på, da mange af kvinderne giver udtryk for et ønske om at være mere fysisk aktive. Det kan her overvejes om der skal oprettes tilbud målrettet til kvinder og/eller mænd.
- Mange flygtninge har en interesse i at være mere fysisk aktive, men har brug for hjælp til at indfri ønsket. Desuden oplever de et andet sundhedssyn i Danmark end i hjemlandet, hvilket af flere opfattes som endnu en ting, de skal leve op til. Det kan derfor være gavnligt at "undersøge" den enkeltes forståelse af sundhed, og måske endda eksplicit spørge til personens opfattelse af, hvad der bidrager til sundhed i hans/hendes liv.
- Ligeledes lægger der et stort potentiale i strukturelle indsatser, såsom kommunernes mulighed for fx at integrere sundhedsfremmende forløb på sprogcentre eller støtte nytilkomnes deltagelse i lokalsamfundsbaseerede aktiviteter.

## 6.0 Referencer

- Abbott, G., Gilbert, K. & Rosinski, P. (2013). Cross-cultural Working in Coaching and Mentoring. I: The Wiley-Blackwell Handbook of the Psychology of Coaching and Mentoring, First Edition. Edited by Jonathan Passmore, David B. Peterson, and Teresa Freire.
- Agergaard, S. (2018). Rethinking Sports and Integration. London and New York: Routledge.
- Arendt, J. (2019). EMPLOYMENT EFFECTS OF A JOB-FIRST POLICY FOR REFUGEES. Study paper 139. The Rockwool Foundation.
- Aagaard, Peter Gjerndrup (2014). "Fysisk aktivitet og sundhed" fra *sundhed.dk*. Kan tilgås via følgende link: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbo-gen/sundhedsoplysning/idraet-og-motion/fysisk-aktivitet-og-sundhed-oversigt/>
- Berliner, P. (2005). At fare vild – sammen. Introduktion til community psykologi. Frydendal.
- Bloor, Michael, Jane Frankland, Michelle Thomas & Kate Robson (2001). Focus groups in Social Research. London: Sage.
- Brewer, J., & Hunter, A. (2006). The Multimethod Approach and Its Promise. Foundations of Multimethod Research. J. Brewer, & Hunter, A. Thousand Oaks, CA, SAGE Publications: 2-16.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). Kvalitative metoder – en grundbog. Hans Reitzels Forlag.
- Britt, E., Hudson, S.M. & Blampied, N.M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. Patient Education and Counseling 53, 147-155.
- Bruun Jensen, B., Grønbæk, M. & Reventlow, S. (2016), Forebyggende Sundhedsarbejde (Vol. 6. udgave). Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Clutterbuck, D. (2008). "What's happening in coaching and mentoring? And what is the difference between them?" Development and Learning in Organizations: An International Journal 22(4): 8-10.
- Colucci, E. (2008). On the Use of Focus Groups in Cross-Cultural Research, pp. 233-251 i: Pra-nee Liamputtong (red.), Doing Cross-Cultural Research: Methodological and Ethical Challenges. Dordrecht: Springer.
- Cox, E., Bachkirova, T. & Clutterbuck, D. (2010). The complete handbook of coaching. London: Sage.
- Eckstein, B. (2011). "Primary care for refugees." Am Fam Physician 83 (4): 429-36.
- Edwards, R. (1998). "A critical examination of the use of interpreters in the qualitative research process." Journal of Ethnic and Migration Studies, 24:1, 197-208.
- Fennelly, K. (2007). "The Healthy Migrant Effect". Minnesota medicine 90(3):51-3.

Fuller C.W., Ørntoft C., Larsen M.N., et al. (2018). 'FIFA 11 for Health' for Europe. 1: effect on health knowledge and well-being of 10- to 12-year-old Danish school children British Journal of Sports Medicine. 51: 1483-1488.

Gerritsen, A., Inge B., Walter D., Loes HM van Willigen, Johannes E. Hovens, and Henk M. van der Ploeg. (2004). "Health and health care utilisation among asylum seekers and refugees in the Netherlands: design of a study." BMC Public Health 4(1): 1-10.

Halkier, Bente (2016). Fokusgrupper. 3. udg. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Hardcastle, S. & Hagger, M.S. (2011). "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior. Psychology of Sport and Exercise 12, 314-323.

Hoyle, R.H., Harris, M.J & Judd, C.H. (2001). Research methods in social relations. Cengage Learning; 7 edition.

Hughes, D.L. & DuMont K. (1993). Using focus groups to facilitate culturally anchored research. American Journal of Community Psychology 21(6): 775-806.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. British Medical Journal 311(7000): 299-302.

Knodel, J. (1995). Focus groups as a qualitative method for cross-cultural research in social gerontology. Journal of Cross-Cultural Gerontology 10(1-2): 7-20.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk. Hans Reitzels Forlag.

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. (2018). Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland.

Lou, Stina (2008) "Tre er et umage par – En undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet." Region Midtjylland, Center for Folkesundhed.

Martins, R.K. & McNeil, D.W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. Clinical Psychology Review 29, 283-293.

Matschke, A. & Sassenberg, K. (2007). The supporting and impeding effects of group-related approach and avoidance strategies on newcomers' psychological adaptation. International Journal of Intercultural Relations 34, 465-474.

Meyer K. A. & Bouchey, H. A. (2010). Daring to DREAM: Results from a mentoring programme for at-risk youth. International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, 8(1).

Moltke H.V. & Molly A. (2018). Systemisk coaching, 2. udgave. Dansk Psykologisk Forlag.

Morgan, David L. (1997). Focus groups as qualitative research. 2. udg. London: Sage.

Morville, A.L. & Erlandsson, L.K. (2016). Methodological challenges when doing research that includes ethnic minorities: a scoping review, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 23(6), 405-415.

- Olsen, H. (2006). Guide til gode spørgeskemaer. Socialforskningsinstituttet.
- Orford, J. (2008). Community Psychology. Challenges, Controversies and Emerging Consensus. West Sussex, England: Wiley.
- Reason, P. & Bradbury, H. (2008). The SAGE Handbook of Action Research. SAGE.
- Rose, R. & Jones, K. (2007). The efficacy of a volunteer mentoring scheme in supporting young people at risk, *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(1).
- Ryom, K. (2017). Projekt unge, holdspil og medborgerskab – Det dårlige selskab? Et lokalt aktionsforskningsprojekt på Ydre Nørrebro. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet.
- Ryom, K., Andersen, M. M., & Stelter, R. (2017). Coaching at-risk youth in a school within a socially challenging environment. *Improving Schools*, 20(2), 143–160.
- Schenker, M., Castañeda, X. & Rodriguez-Lainz, A. (2014). *Migration and Health : a Research Methods Handbook*. Oakland, California: University of California Press.
- Schilder, Klaas et al. (2004). The appropriateness and use of focus group methodology across international mental health communities. *International Review of Psychiatry* 16(1-2): 24-30.
- Singhammer J. (2008). Etniske minoriteters sundhed. Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed.
- Social- og Integrationsministeriet (2013). Måltrettet integration – et fælles ansvar. Anbefalinger fra Task-Force om integration.
- Sparkes, A. C., & Smit, B. (2014) "Qualitative analysis," i: *Qualitative research methods in sport, exercise and health - from process to product*. London & New York: Routledge.
- Squires, A. (2009). "Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review," *International Journal of Nursing Studies*, Elsevier, 46 (2009) 277-287.
- Stelter, R., Nielsen, G. & Wikmann, J. (2011). Narrative-collaborative group coaching develops social capital – A randomized control trial and further implications of the social impact of the intervention. *Coaching: Theory, Research and Practice*, 4(2), 123-137.
- Stelter, R. (2014). *A Guide to Third Generation Coaching - Narrative-Collaborative Theory and Practice*. Springer.
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Ulighed i Sundhed – Årsager og Indsatser*.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2014). *Den danske kodeks for integritet i forskning*.
- Vallgård, S. & Koch, L. (2011). *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. 4. Udgave, Munksgaard.
- Villadsen K. & Mik-Meyer, N. (2007). *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. Hans Reitzels Forlag.
- WHO (1948). *Constitution of the World Health Organisation*.
-

## 7.0 Bilag

### 7.1/ Spørgeskema

#### Spørgeskema

Hej!

Tak, fordi du besvarer det her spørgeskema, som vi skal bruge i vores undersøgelse af jeres oplevelse af fysisk aktivitet og sundhed.

Det vil tage 10-15 min.

Hvis du er i tvivl om noget, kan du spørge din underviser.

God fornøjelse!

#### 1) Er du en mand eller en kvinde?

- ☐ Mand  
☐ Kvinde

#### 2) Hvor gammel er du? Skriv antal år.

Skriv dit svar her: \_\_\_\_\_

#### 3) I hvilket land er du født?

- |     |                          |  |
|-----|--------------------------|--|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Eritrea                                      |
| (9) | <input type="checkbox"/> | Syrien                                       |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Palæstina                                    |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Somalia                                      |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Iran   |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Irak   |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Kina   |
| (7) | <input type="checkbox"/> | Polen  |
| (8) | <input type="checkbox"/> | Andet land (Hvis andet; Skriv herunder hvad) |

#### 4) Hvad laver du for det meste, når du ikke er til fx undervisning eller på arbejde?

- |     |                          |   |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Dyrker sport                                    |
| (9) | <input type="checkbox"/> | Går ture  |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Er sammen med familie                           |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Gør rent, rydder op og vasker tøj               |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Går rundt i mit lokalområde og snakker med folk |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Spiller spil                                    |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Spiser  |

- (7) ☐ Snakker med gæster i huset  
 (8) ☐ Andet (Hvis andet; Skriv herunder hvad)
- 

**5) Går du til eller dyrker du idræt eller sport?**

- (1) ☐ Ja  
 (2) ☐ Nej

**6) Hvis ja: Hvad går du til?**

Hvis du går til flere idræts-/sportsgrene, så sæt kryds i den, du går mest til.

- (1) ☐ Fodbold  
 (2) ☐ Håndbold  
 (9) ☐ Basketball  
 (7) ☐ Volleyball  
 (5) ☐ Badminton  
 (6) ☐ Tennis  
 (3) ☐ Gymnastik  
 (4) ☐ Svømning  
 (10) ☐ Atletik  
 (8) ☐ Kampsport  
 (11) ☐ Andet (Hvis andet; Skriv herunder hvad)
- 

**7) Hvor meget går du til den idræt/sport?**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 eller flere
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

Hvor mange år har du gået til det? (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (9) ☐ (10) ☐

Hvor mange gange om ugen går du til det? (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (9) ☐ (10) ☐

Hvor mange timer om ugen går du til det? (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5) ☐ (6) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (9) ☐ (10) ☐

**8) Hvor sjovt synes du sport og fysisk aktivitet er på en skala fra 1 (slet ikke sjovt) til 5 (meget sjovt)?**

- (1) ☐ 1 Slet ikke sjovt  
 (2) ☐ 2 Ikke særligt sjovt  
 (3) ☐ 3 Hverken eller  
 (4) ☐ 4 Sjovt  
 (5) ☐ 5 Meget sjovt

**9) Hvis nej (til om du dyrker idræt eller sport): Hvorfor dyrker du ikke sport eller idræt?**

- (1) ☐ Træthed  
 (2) ☐ Smerter  
 (3) ☐ Manglende tid  
 (4) ☐ Manglende lyst  
 (5) ☐ Andet (Hvis andet; Skriv herunder hvad)
-

**10) Kunne du tænke dig at gå til idræt eller sport?**

- (1) ☐ Ja  
(2) ☐ Nej

**11) Hvad kunne du tænke dig at gå til?**

- (2) ☐ Fitness  
(3) ☐ Fodbold  
(2) ☐ Cykling  
(3) ☐ Volleyball  
(2) ☐ Løb  
(3) ☐ Andet (Hvis andet; Skriv herunder hvad)
- 

De næste spørgsmål vil der være flere svarmuligheder, svar derfor det, du tror er mest rigtigt.

**12) Hvor mange minutter tænker du, at du skal være aktiv dagligt for at forblive sund?**

- (1) ☐ 15 min  
(2) ☐ 30 min  
(3) ☐ 60 min  
(4) ☐ 90 min

**13) Hvor mange gram frugt og grønt anbefales det, at du spiser om dagen?**

- (1) ☐ 0 gram  
(2) ☐ 200 gram  
(3) ☐ 400 gram  
(4) ☐ 600 gram

**14) Hvor mange gange om ugen skal du mindst træne med høj intensitet (høj puls, hvor du er meget forpustet)?**

- (1) ☐ 1  
(2) ☐ 2  
(3) ☐ 3  
(4) ☐ 4

**15) Hvor mange sukkerknalder indeholder ½ liter sodavand?**

- (1) ☐ 5  
(2) ☐ 15  
(3) ☐ 25  
(4) ☐ 35

**16) I hvor mange minutter skal du dyrke sport som fx at spille fodbold, hvis du skal forbrænde ½ liter sodavand?**

- (1) ☐ 30 min  
(2) ☐ 60 min  
(3) ☐ 90 min  
(4) ☐ 120 min

**17) I hvor mange minutter skal du gå, hvis du skal forbrænde ½ liter sodavand?**

- (1) ☐ 30 min  
(2) ☐ 60 min  
(3) ☐ 90 min  
(4) ☐ 120 min
-



**Spørgeskema om hvordan du har det**

På de næste sider er der nogle spørgsmål om hvordan du har det

**Fysisk aktivitet og sundhed****18) Hvordan er dit helbred generelt?**

- |     |                          |             |
|-----|--------------------------|-------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Meget godt  |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Godt        |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Middel      |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Mindre godt |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Dårligt     |

**19) Tænk på sidste uge...**

	Slet ikke	Lidt	Moderat	Meget	Rigtig meget
Har du følt dig rask og godt tilpas?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har du været fysisk aktiv (f.eks. kunnet løbe, klatre og cykle)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har du kunnet bevæge dig uden problemer?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

**20) Tænk på sidste uge...****Har du følt dig fuld af energi?**

- |     |                          |            |
|-----|--------------------------|------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Aldrig     |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Sjældent   |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Indimellem |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Meget tit  |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Altid      |

**21) Hvad er en udfordring for dig for at holde dig sund?**

- |     |                          |   |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sprog                                   |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Manglende tilbud der hvor jeg bor       |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Smerter                                 |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Dårlige oplevelser med sport            |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Manglende tid                           |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Økonomi                                 |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Andet (Hvis andet; Skriv herunder hvad) |
- 

**22) Hvem kan du kontakte, hvis du gerne vil holde dig sund?**

- |     |                          |   |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Min læge                                |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Sagsbehandler                           |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Medstuderende på Sprogcentret           |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Familie                                 |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Andre (Hvis andre; skriv herunder hvem) |
- 

**Generelt humør og dine følelser**

**23) Tænk på sidste uge...****Har dit liv været sjovt?**

- |     |                          |              |
|-----|--------------------------|--------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Slet ikke    |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Lidt         |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Moderat      |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Meget        |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Rigtig meget |

**24) Tænk på sidste uge...**

	<b>Aldrig</b>	<b>Sjældent</b>	<b>Ret tit</b>	<b>Meget tit</b>	<b>Altid</b>
Har du været i godt humør?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du haft det sjovt?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du været ked af det?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du haft det så dårligt, at du ikke havde lyst til at lave noget som helst?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du følt dig ensom?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du været glad for hvem du er?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Dit sociale liv****25) Tænk på sidste uge...**

	<b>Aldrig</b>	<b>Sjældent</b>	<b>Ret tit</b>	<b>Meget tit</b>	<b>Altid</b>
Har du været sammen med nogle du betragter som dine venner?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du haft det sjovt med dine venner?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du og dine venner hjulpet hinanden?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du kunnet regne med dine venner?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Sprogskole og læring****26) Tænk på sidste uge...**

	<b>Slet ikke</b>	<b>Lidt</b>	<b>Moderat</b>	<b>Meget</b>	<b>Rigtig meget</b>
Har du været glad i skolen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har du klaret dig godt i skolen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

**27) Tænk på sidste uge...**

	<b>Aldrig</b>	<b>Sjældent</b>	<b>Ret tit</b>	<b>Meget tit</b>	<b>Altid</b>
Har du været i stand til at være opmærksom?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Har du haft en god relation til dine lærere?	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Aldrig      Sjældent      Ret tit      Meget tit      Altid

Mange tak for hjælpen.

## 7.2/ Interviewguide

### Semistruktureret interviewguide – projekt SUNDSAM

#### Vigtigt i interviewsituationen:

- Meningsafklare udtryk i løbet af et interview (især svære ord som social, motion etc.)
- Brug også nonverbal kommunikation
- At stille forståelsesafklarende spørgsmål, så der er sikkerhed på at vi forstår hinanden. Kropsliggør svarmuligheder (active reviewing): fx med skalaspørgsmål, hvor de med kroppen skal vise en vurdering
- Sørg for at få defineret svære ord, ved brug af billeder, disse billeder kan også bruges til at tale ud fra
- At præsenterer mig selv og lade tolken præsenterer sig selv
- At afvikle så meget som muligt på dansk, få tolken til at oversætte til dansk for dig
- Tolkene bør forsøge at lade dem komme frem til egen formulering og ikke påvirke deres udsagn, så vidt det er muligt
- Tolkene skal oversætte så ordret som muligt

#### Briefing

Vi har brug for din hjælp – der er ikke nogen rigtige og forkerte svar

Vi vil gerne vide, hvad du synes for at vi forstår hinanden bedre

Projektets formål er ... (udlever projektbeskrivelse)

Informeret samtykke (udlever og sørg for underskrift)

#### Personlig baggrund

Vil du/I fortælle lidt om dig/jer selv?

Hvad er dit navn?

Hvor gammel er du?

Hvor kommer du fra?

Er du gift/bor du sammen med nogen?

Hvor lang tid har du boet i Danmark?

Hvad lavede du inden du kom til Danmark?

Hvad var vigtigt for dig før du kom til Danmark?

#### Forskningsspørgsmål (fysisk aktivitet):

*- Hvilke erfaringer og oplevelse af fysisk aktivitet (og sport?) har nytilkomne i Danmark?*

#### Interviewspørgsmål:

- Sørg for at i er enige om hvad fysisk aktivitet skal forstås som - fremvis tre billeder med fysisk aktivitet, fx nogle der er ude og gå, cykle og spille fodbold

Hvad er fysisk aktivitet for dig?

Var du fysisk aktiv som barn? Var du fysisk aktiv før du kom til Danmark? Er du fysisk aktiv nu som voksen?

Kan du fortælle om en situation inden for den sidste måned, hvor du lavede noget fysisk aktivt?

Hvad er vigtigt for dig, hvis du skal være fysisk aktiv? Hvor, hvornår eller hvordan ville du have lyst til at være fysisk aktiv?

**Forskningsspørgsmål (sundhed):**

*- Hvordan forstår nytilkomne i Danmark begrebet sundhed og hvilken betydning tillægger de det?*

**Interviewspørgsmål:**

- **Sørg for at de er bevidste om at sundhed kan forstås både social, mentalt og fysisk - fremvis tre billeder som illustrerer det**

Hvad tænker du, sundhed er? (Hvad er usundt?)

Kan du beskrive for mig, hvad det vil sige at leve sundt?

Kan du fortælle mig om, hvornår du gør noget sundt? (eller noget usundt?)

Kan du huske en situation, hvor du var sund/gjorde noget sundt?

---

Hvor vigtigt er det for dig at være sund (skala-spørgsmål 1-10 - uddyb)?

Hvor meget tænker du på sundhed i din hverdag?

Har sundhed mere betydning for dig nu end tidligere i det liv? Hvis ja: hvorfor?

Hvordan påvirker det dig at være sund/usund? Påvirker det andre end dig selv?

I hvor høj grad tænker du, at det er dit ansvar at du er sund?

Taler du (regelmæssigt) med andre om sundhed, hvem?

**Knud ekstra spørgsmål:**

Har du før haft din egen læge? Har du været på hospitalet?

Hvordan oplevede du din læger eller hospitalet i det land hvor du blev født?

Har du haft nogle oplevelser med det danske sundhedssystem? Hvordan har din oplevelse været? Kan du uddybe det?

Har dine kostvaner ændret sig efter du kom til Danmark?

Hvad tænker du din kost betyder for din sundhed?

Tænker du over dine kostvaner i din hverdag?

**Debriefing**

Tak for din deltagelse

Har du spørgsmål til interviewet?

Hvad sker der nu?

Må vi kontakte dig senere, hvis vi har flere spørgsmål?

**Debriefing med tolk!****7.3/ Spørgeguide fokusgruppeinterviews**

Teoretisk interview-guide	Operationel interviewguide
---------------------------	----------------------------

<p><b>Blok 1</b></p> <p>Briefing og aftaler</p> <p>(10 min)</p>	<p><i>Respondenterne bliver bedt om at hælde kaffe/te i deres krus, tage frugt/nødder og gøre sig komfortable. Der står et navneskiltet foran dem hver især, som de udfylder.</i></p> <p><b>Formål:</b> Vi kommer fra Århus Universitet, hvor vi studerer samfundsfag. I den forbindelse er vi i gang med et forskningsprojekt, der undersøger kvindelige flygtninges tanker om sundhed og deres oplevelser med sundhed. Målet hermed er at blive klogere på jeres erfaringer med og interesse for sundhed.</p> <p><b>Praktisk information:</b> Vi skal i alt lave 3 fokusgrupper som den I nu skal deltage i. Fokusgruppen i dag kommer til at vare cirka halvdelen time.</p> <p><b>Anonymitet:</b> Jeres navne vil ikke optræde i vores færdige opgave og ingen andre end os kommer til at kende dem. I vil således fremstå som anonyme.</p> <p><b>Informeret samtykke:</b> Vi har medbragt en samtykkeerklæring. Her skriver I under på, at I har sagt ja til at deltage i interviewet. Den får I udleveret nu, så må I gerne hver især skrive navn og dato.</p> <p><b>Optagelse:</b> Vi optager interviewet, så vi bagefter kan huske hvad der er blevet sagt - det håber vi er i orden? (start optagelse herefter).</p> <p><b>I er eksperterne:</b> Vi er her for at lære af jeres erfaringer, da det er jer, der ved mest om, hvordan I oplever de ting, vi skal snakke om i dag. Der er således ingen holdninger eller erfaringer, der er mere rigtige end andre, og der findes ingen rigtige og forkerte svar.</p> <p><b>Struktur:</b> Vi vil gerne høre, hvad I som gruppe når frem til. Derfor må I meget gerne kommentere på hinandens svar og diskutere indbyrdes, lidt ligesom hvis I var til et te-selskab med en gruppe veninder. Hvis I har en anden holdning end de andre, eller kan bidrage med et andet eksempel, må I rigtig gerne sige det højt. I bestemmer selv, hvornår I taler dansk eller arabisk. Men, hvis I taler arabisk, er det vigtigt at holde pauser, så tolken løbende kan oversætte, hvad I siger.</p>
<p><b>Blok 2 (1-9)</b></p> <p>Introduktion af respondenterne</p> <p>(15 min)</p>	<p>Vi vil gerne starte med at høre lidt om jer hver især, som eksempelvis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvad hedder du?</li> <li>2. Hvor gammel er du?</li> <li>3. Har du mand, børn, familie og bor de i Danmark?</li> <li>4. Hvor lang tid har du boet i Danmark?</li> <li>5. Er du kommet til Danmark sammen med din mand/børn, eller kom din mand først (flygtning el. familiesammenført)?</li> <li>6. Hvor kommer du fra i Syrien?</li> <li>7. Er du kurder eller araber?</li> <li>8. Hvad lavede du i Syrien? (arbejde)</li> <li>9. Hvad lavede din mand i Syrien? (arbejde)</li> </ol>

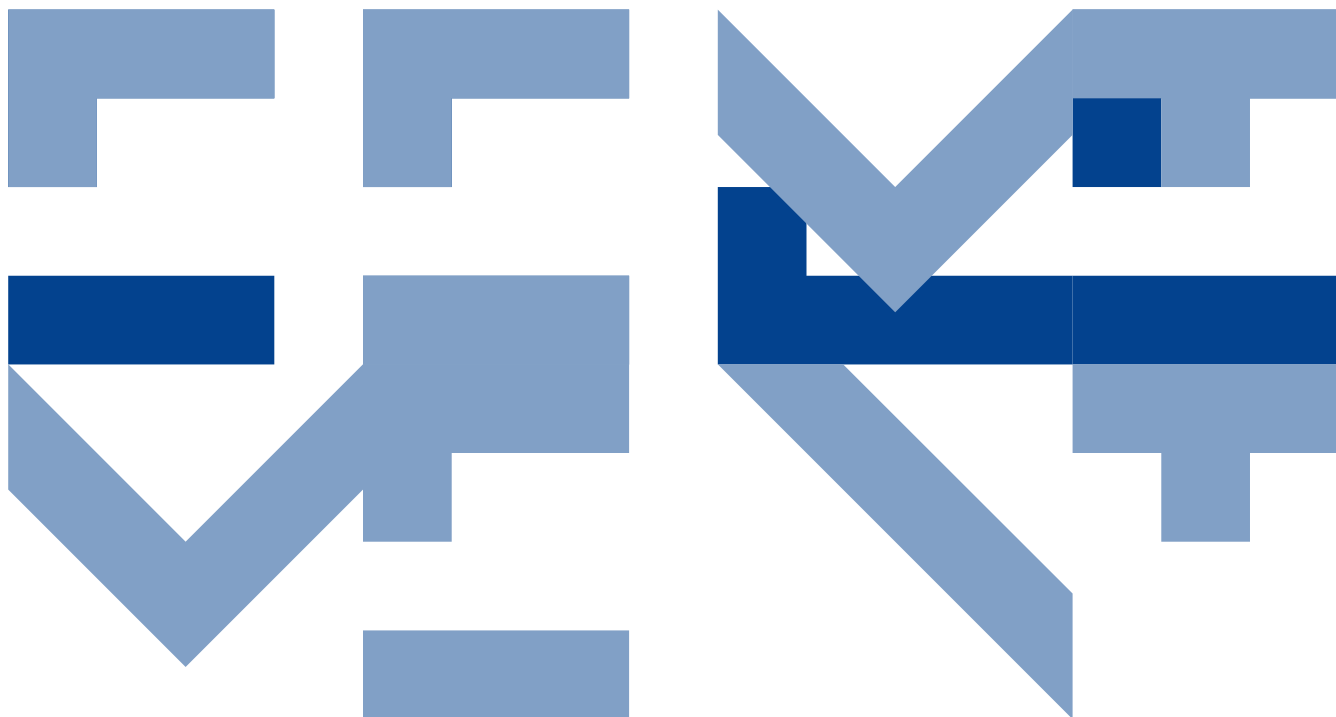
<p><b>Blok 3 (10-11)</b></p> <p>Respondenternes habitus i forhold til sundhed?</p> <p>(10-15 min)</p>	<p><i>Nu skal vi snakke lidt om, hvad sundhed er for jer... (Vigtigt at tolken oversætter sundhed korrekt og ikke uddyber)</i></p> <p>I får nu en bunke hver med nogle forskellige billeder. <i>(Plancher og billeder deles rundt)</i></p> <p>10. Sæt de billeder, som I synes viser noget sundt, fast på papiret foran jer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Præsenter planchen, hvorfor har du valgt de billeder du har?</li> <li>- b. Er der noget, som I synes er vigtigere end andet i forhold til sundhed? Er I enige?</li> <li>- (c) Spørg ind, hvis der er nogle, der har billeder, som skiller sig ud i forhold til andres.</li> </ul> <p>(11.) Vælg nu i fællesskab de tre billeder, som I mener udtrykker det vigtigste for at være sund.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Hvad symboliserer de tre billeder I har valgt?</li> <li>- b. Er I enige, eller er der nogle, der ville vælge anderledes?</li> <li>- c. Prioritér de tre billeder, så det billede I mener er vigtigst for at være sund ligger øverst, og det billede I mener er mindst vigtigt for at være sund ligger nederst.</li> </ul> <p><i>(Plancherne fjernes fra bordet)</i></p>
<p><b>Blok 4 (12-14)</b></p> <p>Hvorvidt oplever respondenterne:</p> <p>1) at deres habitus fungerer som en støtte/ udfordring i henholdsvis S og DK, når det kommer til sundhed?</p> <p>2) at de mangler kapital for at være sunde medborgere i Danmark?</p> <p>(15 min)</p>	<p><i>Nu skal vi snakke om jeres sundhed ... (Deler skala ud til hver kvinde)</i></p> <p>12. Dengang I boede i Syrien, hvor sunde følte I jer så på en skala fra 1 til 10, hvor 10 er meget sund og 1 er meget lidt sund? Sæt ring om tallet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Kan I prøve at beskrive, hvorfor I har valgt det tal, som I har?</li> </ul> <p>13. Nu hvor I bor i Danmark, hvor sunde føler I dig så på en skala fra 1 til 10, hvor 10 er meget sund og 1 er meget lidt sund? Sæt et kryds over tallet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Kan I prøve at beskrive, hvorfor I har valgt det tal, som I har?</li> </ul> <p>14. Hvorfor føler I, at I er blevet mindre, lige eller mere sunde efter, at I er kommet til Danmark?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Kan I komme med eksempler på, hvad der har ændret sig? (fx kostvaner, fysisk aktivitet, det mentale, det sociale).</li> <li>- aa. Referer evt. til 'sundhedsplanchen' fra spørgsmål 10</li> <li>- b. Hvorfor tror I, at det har ændret sig?</li> <li>- bb. Hvad med økonomi, viden, tid, faciliteter, osv. - spiller det en rolle?</li> </ul>

<p><b>Blok 5 (15-17)</b></p> <p>Hvordan oplever respondenterne mødet med den danske sundhedsdiskurs?</p> <p>(15 min)</p>	<p><i>Nu skal vi snakke om sundhed i Danmark ...</i></p> <p>15. Synes I, at der er meget fokus på sundhed i DK, hvorfor/ hvorfor ikke?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Kan I komme med eksempler?</li> <li>- b. Ser I mange kvinder løbe, lave fitness, cykle, osv. i DK? <ul style="list-style-type: none"> <li>- bb. Hvad tænker I om det?</li> <li>- (bbb.) Kunne det være jer? Hvorfor/ hvorfor ikke?</li> </ul> </li> <li>- c. Er det anderledes eller er det det samme som i Syrien? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvorfor/ hvorfor ikke?</li> </ul> </li> <li>- d. Er der generelt samme fokus på sundhed i Syrien som i DK?</li> </ul> <p>16. Har I fået ny information el. viden om sundhed efter I kom til DK? (fx ift. kost eller fysisk aktivitet).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Hvis ja, hvorfra har I så fået denne viden? (fx hos lægen, på sprogskolen eller ved kommunen)</li> <li>- b. Hvad har I fået at vide? (bb.) Har I hørt om de danske sundhedsanbefalinger: de ti kostråd, 30 min fysisk aktivitet for voksne?</li> </ul> <p>17. Oplever I, at de danske politikere går op i, om nytilkomne flygtninge er sunde? Hvorfor/ hvorfor ikke?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Kan I komme med eksempler?</li> </ul>
<p><b>Blok 6 (18-21)</b></p> <p>Hvorvidt oplever respondenterne:</p> <p>1) Subjektiveringen af den sunde medborger?</p> <p>2) Disciplinering og selvstyring i forhold til at tage vare på egen sundhed?</p> <p>(15 min)</p>	<p><i>Nu skal vi snakke om, hvor sunde I ønsker at være...</i></p> <p>18. Hvor sunde ønsker I at være? Notér jeres ønske med en trekant på skalaen, hvor 10 er meget sund og 1 er meget lidt sund.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Hvorfor har I valgt det tal som I har? <ul style="list-style-type: none"> <li>- aa. Synes I, at det er vigtigt at være sund?</li> </ul> </li> <li>- b. Er der noget, som ville blive lettere, hvis I var sundere end I er? (fx arbejde, sprogskole, integration, husholdning, børnepasning)</li> </ul> <p>19. Kan I komme med eksempler på noget I gør, som er usundt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Hvordan føles det, når I er usunde i hverdagen? Giver det jer dårlig samvittighed? Er I ligeglade med det? Bliver I glade? (fx for høj vægt, usund mad, manglende fysisk aktivitet)</li> </ul> <p>20. Tænker I over at være usunde/ sunde i jeres hverdag?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a. Hvorfor tror I, at I tænker over det/ ikke tænker over det?</li> </ul> <p>21. Hvem har ansvaret for jeres sundhed? (fx staten, kommunen, lægen, jer selv eller andre)</p>

<b>Blok 7 (22-23)</b>	<i>Så har vi ikke flere spørgsmål ...</i>
Debriefing	22. Har I noget I gerne vil tilføje? - a. Har I spørgsmål til os?
(5 min)	23. Hvordan har det været for jer at deltage? - b. Er der noget vi kunne have gjort anderledes?
	Uddeling af kontaktoplysninger, såfremt der skulle opstå spørgsmål i efter interviewet.

\* Spørgsmål i parentes er uddybende spørgsmål, som kan inddrages, hvis vi finder det nødvendigt.





*"... sundhed det er jo alt. Sundhed kommer først, før alt andet. Hvis du ikke har sundhed, hvis du ikke er sund og rask, så kan du ikke foretage dig noget. Det er sådan, jeg ser det" Kvinde fra Syrien.*